Dokumentation über Patienten einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1963 – 1967)

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Heidi Meyer und Volker Meyer

Saarbrücken

1970

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG/SAAR
(Direktor: Prof. Dr.med. H.-H. MEYER)

ABTEILUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
(Leiter: Dr.med. H.M. MEYERHOFF)

DOKUMENTATION ÜBER PATIENTEN EINER ABTEILUNG FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (1963 - 1967)

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

1 9 7 0

vorgelegt von

Heidi MEYER und
Volker MEYER.

Dekan: Prof. Dr.med. G. DHOM
Referent: Prof. Dr.med. H.-H. MEYER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Mündlicher Prüfungstermin am 17. 2. 1970.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG	4
1. Aufgabenstellung	4
2. Diagnosenschema	7
B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	1o
I. Personaldaten	1o
II. Sozialdaten der Familie	16
III. Sozialdaten des Patienten	19
IV. Eigenanamnese	23
V. Schulzeit und anschließende Ausbildung	33
VI. Somatische Befunde	39
VII. Psychologische Tests	48
VIII. Ermittelte Diagnosen	53
1. Einzeldiagnosen	54
2. Summendiagnosen	57
C. SPEZIELLE AUSWERTUNG DER DATEN	58
I. Oligophrenien	59
II. Anfallskranke	84
III. Psychogene Erkrankungen	1oo
IV. Psychosen	118

Seite

D. DISKUSSION DER ERGEBNISSE 132

E. ZUSAMMENFASSUNG 143

F. SCHRIFTTUMSVERZEICHNIS 145

G. ANHANG

A. EINLEITUNG

1. Aufgabenstellung

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Basisdokumentation, mit der die Krankenblätter vom 1.1.1963 bis 31.12.1967 der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar ausgewertet werden sollten. Der Erhebungsbogen, der lochkartengerecht angelegt wurde, entstand in der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik. Ab 1.1.1968 ist eine lochkartengerechte Dokumentation der Befunde in Gebrauch.

Schwierigkeiten, nach welchen Kriterien die Krankenblätter ausgewertet werden sollten, bestanden insofern, da in der uns zugänglichen Literatur keine umfassenden statistischen Arbeiten aus dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden waren. Dadurch fehlte uns Vergleichsmaterial. Die Notwendigkeit solcher Statistiken ist allgemein anerkannt, jedoch bestehen sie in dieser komplexen Form bisher überwiegend nur in der Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie oder anderen medizinischen Fachrichtungen. Wir verweisen auf Arbeiten von SCHNEIDER, EITNER bzw. Arbeiten neueren Datums von CONRAD sowie MEYER und BÖTTINGER.

Diese und ähnliche Arbeiten konnten wir nicht als Anlehnung und Vergleichsmaterial verwenden, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht in die Erwachsenenpsychiatrie einzuordnen ist. Zwar erschienen schon im vorigen Jahrhundert erste zusammenfassende Darstellungen der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, z.B. 1887 von dem Freiburger Psychiater EMMINGHAUS über "Psychische Störungen des Kindesalters"; jedoch versuchten er und andere zeitgenössische Autoren, die kindlichen Abnormitäten noch in den Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie einzuordnen.

Erst mit dem Buch von HOMBURGER "Psychopathologie des Kindesalters" im Jahre 1926 begann die eigentliche Nosographie der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Später folgte dann die Einrichtung von speziellen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.

Die Begründer solcher Institutionen bilden zwei Gruppen: VILLINGER, der die erste kinderpsychiatrische Abteilung einrichtete, und KANNER waren neuropsychiatrisch orientiert, während die andere Gruppe, zu der HOMBURGER zählt, heilpädagogisch-pädiatrisch orientiert war.

Ob heute ein Schwergewicht auf einer dieser Gruppen liegt, ist nicht zu sagen, jedoch gewinnen heilpädagogische Faktoren überall innerhalb der Kinderpsychiatrie zunehmend an Bedeutung.

Unsere Arbeit will die Daten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung statistisch erfassen und aufschlüsseln.
Erschwert wird dies, wie schon betont, durch fehlendes Vergleichsmaterial; ebenso ist schon von vornherein darauf hinzuweisen, daß unsere Arbeit keine Vergleiche mit statistischen Erhebungen in anderen Kliniken zuläßt. Statistiken dieser Art sind mit zu großen Fehlerquellen behaftet, einmal weil in den verschiedenen Kliniken kein einheitliches Diagnosenschema existiert, zum anderen weil das Patientengut, überwiegend durch die Lage der Klinik bedingt, rein zufällig zustande kommt, und kein statistisch repräsentatives Querschnittsmaterial darstellt.

Verschiedene Gesichtspunkte bei der Erfassung der Patienten, städtisches oder ländliches Einzugsgebiet der Klinik, z.B., ergeben so große Fehlerquellen, daß Statistiken dieser Art nur unter Berücksichtigung der eben erwähnten Kriterien als bedingt vergleichbar anzusehen sind. Ebenfalls muß die Person des Interviewers als Fehlerquelle angesehen werden.
Wir wollten bei unserer Statistik von den Dimensionen einer Lochkarte ausgehen und konnten für die Erfassung von unseren 995 Krankenblättern maximal 80 Einzelfragen auswählen, da eine Lochkarte 80 Spalten hat. Teilweise benötigten wir für Einzeldaten mehr als eine Spalte, wenn

über 10 Untergruppen zur Beantwortung einer Einzelfrage gebraucht wurden, so daß die Zahl der Einzelfragen schließlich auf 51 eingeengt wurde.
Dies zwang zu einer sehr sorgfältigen Auswahl der Kriterien, nach denen die Krankenblätter ausgewertet werden sollten. Das Ergebnis ist aus unserem Glossar zu ersehen (s. Anhang).
Inwieweit diese Auswahl den Anforderungen genügt hat, werden wir in unserer Zusammenfassung diskutieren.
Bei Prozentangaben in dieser Untersuchung ist zu berücksichtigen, daß sie sich bis auf einige Ausnahmen, die besonders gekennzeichnet sind, grundsätzlich auf die Gesamtzahl der Patienten bezieht (n = 995). Dazu waren wir gezwungen, weil die Rechenmaschine, die wir zur Auswertung in Anspruch genommen haben, uns diese Ergebnisse lieferte.

2. Diagnosenschema

Ohne Zweifel ist die Einordnung aller Daten in ein Diagnosenschema bei statistischen Arbeiten der wichtigste Teil
Nur so kann man Gruppen ermitteln, diesen Gruppen anschließend möglicherweise gefundene signifikante Symptomatiken zuordnen.

Unsere Einteilung der psychischen Störungen lehnt sich an die von TRAMER, KANNER und STUTTE gewählten Nosologien an.

KANNER bevorzugt eine Einteilung in 3 Gruppen:

1. Persönlichkeitsprobleme (Epilepsie, Endokrinopathien),
2. Psychosomatische Probleme (Kopfschmerz, Tics),
3. Verhaltensprobleme.

TRAMER zieht folgende Einteilung vor:

1. Somatik,
2. Somatopsychik,
3. Psychosomatik,
4. Psychik.

STUTTE verwendet dies Schema der psychischen Störungen:

1. Reaktive psychische
   a) organ - neurotisch
   b) psycho-neurotisch,
2. reifungspathologisch bedingte,
3. konstitutionell bedingte,
4. somatogen - psychische.

In unsere Systematik nahmen wir die rein neurologischen Erkrankungen mit auf, da diese in Deutschland innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie mitversorgt werden. Hinzu kamen weiterhin die Gruppen "Gesund" und "Ungeklärt bzw. Erkrankungen aus anderen Fachgebieten". Unsere Systematik lautet demnach folgendermaßen:

1. Somatogen - cerebrale Erkrankungen,
2. Psychogene Erkrankungen,
3. Somatogen - cerebral - psychogene Erkrankungen,
4. Neurologische Erkrankungen,
5. Psychosen,
6. Ungeklärt bzw. Erkrankungen aus anderen Fachgebieten,
7. Gesund.

Diese Systematik, bei uns mit "Summendiagnosen" bezeichnet, ergänzten wir durch 29 "Einzeldiagnosen", um eine möglichst genaue Aufschlüsselung der Obergruppen zu erhalten.

B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

I. Personaldaten

1. Geschlecht.

Von unseren 995 Patienten, deren Krankenblätter wir auswerteten, waren 585 Jungen und 410 Mädchen (Tab. 1). Nach ZÜBLIN besteht ein Verhältnis der psychischen Störungen von Mädchen gegenüber Jungen von 1 : 2-3. Wenn wir auch ein deutliches Überwiegen der männlichen Patienten feststellen konnten, bestätigten sich nach unseren Erhebungen die Erwartungen ZÜBLIN's nicht. Wir möchten an dieser Stelle noch einmal betonen, daß wir unsere Ergebnisse nicht als objektives Vergleichsmaterial verstanden wissen wollen, sondern daß das Anführen von Zahlen und Ergebnissen aus der Literatur als Orientierung dienen soll.

Tabelle 1: Patientenzahl

total:	995
männl.:	585
weibl.:	410

2. Wohnort

Mehr als die Hälfte der Patienten kam aus Orten unter 5.000 Einwohnern (55 %). Diese scheinbar auffällige Häufung ergibt sich einfach daraus, daß das Einzugsgebi

der Universitätskliniken Homburg/Saar und damit auch das der Kinderpsychiatrie sich vornehmlich über ein Gebiet erstreckt, in dem Dörfer, Klein- und Mittelstädte gegenüber Großstädten überwiegen.

Tabelle 2: Wohnort der Patienten.

1-5000 Einwohner:		547 (55,o %)
5-20.000 "	:	177 (17,8 %)
20-100.000"	:	187 (18,8 %)
über 100.000"	:	75 (7,5 %)
keine Angabe	:	9 (o,9 %)
insgesamt	:	995 (1oo %)

Eine genaue Aufschlüsselung der Herkunft nach den verschiedenen Landkreisen und Regionen ergibt, daß ein Drittel aller Patienten aus Rheinland-Pfalz kommt. Die Randlage der Homburger Universitätskliniken zur Pfalz erklärt diesen hohen Anteil und unterstreicht den rein lokalen und überregionalen Wert solch statistischer Erhebungen (Tab. 4).

3. Alter der Patienten

Tabelle 3: Altersverteilung der Patienten.

1 - 9 Jahre:	450	1o-18 Jahre:	515
1 Jahr	14 (1,4 %)	1o Jahre	62 (6,2 %)
2 Jahre	37 (3,7 %)	11 Jahre	63 (6,3 %)
3 Jahre	43 (4,3 %)	12 Jahre	76 (7,7 %)
4 Jahre	41 (4,1 %)	13 Jahre	8o (8,1 %)
5 Jahre	54 (5,4 %)	14 Jahre	7o (7,o %)
6 Jahre	43 (4,3 %)	15 Jahre	82 (8,3 %)
7 Jahre	69 (7,o %)	16 Jahre	52 (5,2 %)
8 Jahre	82 (8,3 %)	17 Jahre	25 (2,5 %)
9 Jahre	67 (6,7 %)	18 Jahre	5 (o,5 %)
	45o (45,2 %)		515 (51,8 %)
	älter bzw. keine Angabe:		3Ø (3,o %)

Wir fanden bei unseren Patienten zwei Gipfel: einer lag bei 8 Jahren. In diesem Alter waren 82 (8,3 %) der Patienten; der andere Gipfel lag in der Präpubertät bzw. Pubertät zwischen 13 bis 15 Jahren mit insgesamt 232 (24,4 %) Patienten in den 3 Jahrgängen.

4. Herkunft:

Tabelle 4: Herkunft der Patienten nach Landkreisen und Ländern.

Saarbrücken-Stadt	79	(7,9 %)
Saarbrücken-Land	151	(15,2 %)
Homburg	66	(6,6 %)
Merzig-Wadern	26	(2,6 %)
Neunkirchen-Ottweiler	1o1	(1o,2 %)
Saarlouis	93	(9,3 %)
St. Ingbert	51	(5,1 %)
St.Wendel	4o	(4,o %)
Rheinland-Pfalz	333	(33,6 %)
andere deutsche Länder	46	(4,6 %)
Ausland	7	(o,7 %)
keine Angabe	2	(o,2 %)
	995	(1oo %)

5. Einweisung:

Zur stationären Behandlung wurden vom Hausarzt 476 (47,9 %) und von Nervenfachärzten 387 (38,9 %) eingewiesen. Der Rest (132 bzw. 13,2 %) wurde von 13 weiteren Stellen zur Behandlung und Abklärung ihres Leidens in die Abteilung für Kinder und Jugendliche der

Universitätsnervenklinik überwiesen. Bei dieser Frage halten wir die differenzierte Untergruppierung in Zukunft nicht mehr für nötig, da teilweise nur unter o,5 % von den einzelnen Stellen überwiesen wurden, so daß es vertretbar wäre, sie zu vernachlässigen. Wir müßten in Zukunft mit 9 Untergruppen für diese Frage auskommen, dann würde dafür auf der Lochkarte nur eine Spalte benötigt.

Tabelle 5: Überweisende Stellen.

Hausarzt	476 (47,9 %)
Nervenfacharzt	387 (38,9 %)
Facharzt f.HNO- bzw. Klinik	5 (o,5 %)
Facharzt bzw.Klinik für Kinder	15 (1,5 %)
Facharzt bzw.Klinik für Augen	4 (o,4 %)
Andere Fachärzte	13 (1,3 %)
Andere Krankenhäuser	43 (4,3 %)
Schule	1 (o,1 %)
Staatl.Gesundheitsamt	5 (o,5 %)
Sozialamt	16 (1,6 %)
Heime	5 (o,5 %)
andere Stellen	4 (o,4 %)
keine Angaben	21 (2,1 %)
	995

6. Aufnahmefrequenz:

Bei der Frage nach der Häufigkeit der stationären Aufnahme (Tab. 6) stellten wir fest, daß 854 (85,8 %) Patienten einmal untersucht und behandelt wurden. 140 (14,2 %) wurden mehr als einmal stationär aufgenommen, in einem Fall kam es sechsmal zur Aufnahme.

Tabelle 6: Häufigkeit der Untersuchung.

1 mal	854	(85,8 %)
2 mal	12o	(12,1 %)
3 mal	17	(1,7 %)
4 mal	3	(o,3 %)
5 mal	-	
6 mal	1	(o,1 %)
	995	(1oo %)

Die auf dem Erhebungsbogen später aufgeführte Frage nach der stationären Aufnahme als solche erübrigt sich für unsere Erhebung natürlich. Allerdings sollte das Erhebungsschema auch für eine entsprechende statistische Arbeit in der Poliklinik verwendet werden können, dort hat diese Frage ihre Berechtigung.

II. Sozialdaten der Familie.

In diesem Abschnitt möchten wir unsere Ergebnisse der Daten über den Beruf des Vaters, Berufsausübung der Mutter, Status des Patienten, Alter der Eltern, Anzahl der Geschwister und die Stellung in der Geschwisterreihe anführen.

1. Beruf des Vaters:

495 (49,7 %) der Väter hatten eine abgeschlossene Volksschulausbildung (Tab. 7). Fast ebenso hoch lag die Gruppe der Hilfsarbeiter und Berufslosen. Relativ kleine Gruppen bildeten Fachschüler mit nur 95 (9,5 %) und Akademiker mit 29 (ca. 3 %) sowie Rentner (27 bzw. ca. 3 %).

Tabelle 7: Beruf des Vaters

Ohne Beruf o.keine Angabe	148 (14,9 %)
Beruf ohne abgeschl.Lehre: Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarb., Anlernlinge usw.	2o1 (2o,2 %)
Mit abgeschlossener Lehre (Volkssch): Handwerker, Angestellte	495 (49,7 %)
Mit Mittelschul- o.fortbildender Fachschulbildung, selbstständ. Handwerker, selbstständ.Kaufleute, mittlere Angestellte	95 (9,6 %)
Mit Abitur und/oder Hochschulbildung u.leitende Angestellte	29 (2,9 %)
Rentner	27 (2,7 %)
	995 (1oo %)

Bei den Berufsgruppen sollte man wiederum die Lage der Homburger Kliniken mit berücksichtigen. Nur 124 (12,5 %) der Väter unserer Patienten sind auf weiterführende Schulen gegangen, bzw. befinden sich in gehobenen beruflichen Stellungen. Auch hier liegt die Erklärung in der Struktur dieses Gebietes, das einerseits noch stark bäuerlich geprägt (insbesondere die Pfalz), andererseits durch Industrie mit Bergbau und Eisenverarbeitung charakterisiert ist. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren bewegen sich unsere Ergebnisse wohl innerhalb der Norm.

2. Berufstätigkeit der Mutter:

125 (12,5 %) der Mütter arbeiten regelmäßig (Tab. 8). Für diesen relativ kleinen Anteil gegenüber anderen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland sind die oben genannten Gründe ebenfalls zutreffend. 57o (57,2 %) der Mütter versorgen ausschließlich den Haushalt, 3oo (3o,2 %) konnten wegen fehlender Angaben nicht eingeordnet werden.

Tabelle 8: Berufstätigkeit der Mutter.

berufstätig:	nein	57o	(57,3 %)
berufstätig:	ja	125	(12,5 %)
keine Angaben:		3oo	(3o,2 %)
		995	(1oo %)

3. Altersverteilung der Eltern:

Die Altersverteilung der Elternteile sah folgendermaßen aus:

Tabelle 9: Altersverteilung der Eltern.

Alter	Mutter		Vater	
2o-29 Jahre	144	(14,5 %)	58	(5,8 %)
3o-39 Jahre	399	(4o,1 %)	355	(35,7 %)
4o-49 Jahre	275	(27,6 %)	293	(29,5 %)
5o-59 Jahre	55	(5,5 %)	121	(12,2 %)
über 6o Jahre	7	(o,7 %)	2o	(2,o %)
keine Angaben	115	(11,6 %)	148	(14,9 %)
	995	(1oo %)	995	(1oo %)

Die Altersverteilung der Eltern ergab eine völlig normale Verteilung.

III. Sozialdaten des Patienten

1. Familienstatus:

Unser nächster Abschnitt bringt die Ergebnisse der Frage nach dem Status der Patienten (Tab. 1o). Wir benötigten 11 Untergruppen, um alle Kinder einordnen zu können. Die Wichtigkeit dieser Frage wird allgemein betont. Gerade in Bezug auf psychogene Erkrankungen ist die große Bedeutung des Status der Kinder ohne weiteres einzusehen. ZÜBLIN unterstreicht die Bedeutung der Familienverhältnisse unter anderem beim Auftreten der Enuresis.

Nach Ansicht amerikanischer Autoren sind bei 8o % der Debilen soziologische Faktoren Ursache der geistigen Leistungsschwäche. LEMPP stellt ebenfalls unter anderem den kindlichen Status als wichtig für eine etwaige pathologische Entwicklung der Kinder heraus.

BENDA führt in dem Kapitel "Die Oligophrenien" in: Psychiatrie der Gegenwart (Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960) eine Statistik eines staatlichen Internats in den USA an. Dabei lagen bei 100 untersuchten Patienten (IQ: 55-75) bei 80 % der männlichen und 58 % der weiblichen Patienten zerrüttete Familienverhältnisse vor.

Unsere untersuchten Patienten kamen zu ca. 76 % aus "Normalehen". Ca. 7 % waren auf Grund fehlender Angabe

nicht zu klassifizieren. 17 % der Patienten stammten aus Verhältnissen, die als gestört zu bezeichnen sind.

Tabelle 1o: Status des Kindes.

Kind aus Normalehe	76o	(76,4 %)
uneheliches Kind	4o	(4,o %)
Adoptivkind	7	(o,7 %)
Pflegekind	7	(o,7 %)
Halbwaise ohne Vater	42	(4,2 %)
Halbwaise ohne Mutter	1o	(1,o %)
Hat Stiefvater	4	(o,4 %)
Hat Stiefmutter	13	(1,3 %)
Vollwaise	3	(o,3 %)
Eltern geschieden	36	(3,6 %)
keine Angabe	73	(7,4 %)
	995	(1oo %)

2. Geschwister:

Auf die Bedeutung der Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe weisen LEMPP und STUTTE sowie STRUNK und FAUST hin. Inwieweit sie für die Entstehung von psychogenen Verhaltensstörungen verantwortlich ist, soll und kann an dieser Stelle nicht erörtert werden.

STUTTE nennt folgende Faktoren, die in erster Linie für das Auftreten psychisch-reaktiver Störungen verantwortlich sind:

1. Soziale Herkunft,
2. Status,
3. Einzelkind,
4. Stellung in der Geschwisterreihe.

Unter unseren Patienten befanden sich nur 53 (5,3 %) Einzelkinder, 619 (62,3 %) hatten bis zu 3 Geschwister (Tab. 11). Sehr groß war die Gruppe mit mehr als drei Geschwistern, sie umfaßte 239 (23,9 %) der Patienten. Bei diesem hohen Anteil muß man erneut die Lage der Klinik berücksichtigen, ebenfalls ist die Bevölkerung dieses Gebietes - wie schon erwähnt - überwiegend katholisch. Ländliche und katholische Gebiete haben allgemein größere Familien.

Tabelle 11: Anzahl der Geschwister.

keine Geschwister	53	(5,3 %)
1 "	158	(15,9 %)
2 "	269	(27,1 %)
3 "	192	(19,3 %)
4 "	98	(9,8 %)
5 "	62	(6,2 %)
6 "	31	(3,1 %)
7 "	17	(1,7 %)
8 "	19	(1,9 %)
9 und mehr	12	(1,2 %)
keine Angaben	84	(8,5 %)
	995	(1oo %)

3. Geschwisterreihe:

Überraschend hoch war der Anteil der Patienten, die Erstgeborene waren; 321 (32,3 %) aller Untersuchten gehörten in diese Gruppe (Tab. 12). Wir möchten uns nicht auf Deutungen dieser Tatsache einlassen, sondern verweisen nur auf die oben angeführte Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe für die Entstehung von psychisch-reaktiven Störungen.

Tabelle 12: Stellung in der Geschwisterreihe.

1.tes Kind	321	(32,3 %)
2. " "	295	(29,6 %)
3. " "	149	(15,o %)
4. " "	65	(6,5 %)
5. " "	33	(3,3 %)
6. " "	1o	(1,o %)
7. " "	7	(o,7 %)
8. " "	3	(o,3 %)
9. " "	6	(o,6 %)
keine Angaben	1o6	(1o,6 %)
	995	(1oo %)

IV. Eigenanamnese.

Dieser Abschnitt umfaßt Geburtsverlauf, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsgewicht, Asphyxien, Laufenlernen, Sprechenlernen und Sauberkeit.

Bei den folgenden Daten ist von vornherein darauf hinzuweisen, daß der Anteil der Eltern, die auf diese einfachen anamnestischen Fragen über die Patienten keine Angaben machen konnten, teilweise geradezu grotesk hoch ist. Zum Beispiel konnten 33 % der Eltern keine Angaben über das Geburtsgewicht ihrer Kinder machen. Über die Zuverlässigkeit anamnestischer Angaben zur frühkindlichen Entwicklung, die dennoch erstaunlich hoch ist, haben in letzter Zeit MEYERHOFF und DONY und DONY und MEYERHOFF berichtet.

Diese enorm hohen Dunkelziffern in Hinblick auf unsere Statistik kommen zum größten Teil tatsächlich durch das Unvermögen der Eltern zustande, genaue Angaben zu machen, und nur zum kleineren Teil durch unvollständige Anamnesen. Wir konnten das aus den Krankenblättern eindeutig ersehen.

Damit ist noch ein weiterer Punkt hinzugekommen, der eine objektive Beurteilung unserer Statistiken erschwert. Allgemein werden Fehler in einer Größenordnung von $\pm$ 5 % toleriert, allein die oben genannte Fehlerquelle würde diesen Prozentsatz um ein Vielfaches erhöhen. Wir glauben

deswegen auch nicht, mit Hilfe einer Fehlerrechnung diese Fehler eliminieren oder auch nur auf ein annehmbares Maß herabsetzen zu können. Deswegen möchten wir grundsätzlich von einer Wertung dieser Ergebnisse absehen.

1. Schwangerschaft und Geburt:

Bei den Erhebungen über den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf (Tab. 13,14) stellte sich heraus, daß zu beiden Daten nahezu eine identische Zahl der Eltern "ohne Besonderheiten" angab. Nimmt man in beiden Fällen noch die Zahl der Eltern hinzu, die keine Angaben machen konnten, decken sich die Ergebnisse noch mehr. Beim Schwangerschaftsverlauf lag dieser Anteil bei 83 %, beim Geburtsverlauf bei 80,5 %.

Tabelle 13: Schwangerschaftsverlauf.

ohne patholog. Befund	754	(75,5 %)
Blutung und drohender Abort	69	(7,2 %)
schwere Erkrankung während der Schwangerschaft	39	(3,9 %)
Gestose	57	(5,9 %)
keine Angaben	76	(7,5 %)
	995	(100 %)

Tabelle 14: Geburtsverlauf.

Geburt ohne Komplikationen	725	(72,5 %)
Sectio	35	(3,5 %)
Zangen-, oder Vakuumextraktion	29	(2,9 %)
nach operativen geburtshilflichen Maßnahmen	3	(o,3 %)
Lageanomalie	59	(6,o %)
sehr lang andauernde Geburt	66	(6,8 %)
keine Angaben	78	(8,o %)
	995	(1oo %)

Wir möchten nun noch einmal beide Tabellen gegenüberstellen:

Tabelle 15:

Verlauf	Schwangerschaft	Geburt
Schwangerschaft bzw. Geburt ohne Komplikationen	75,5 %	72,5 %
pathologisch bzw. anomal	17,o %	19,5 %
keine Angaben	7,5 %	8,o %
	1oo %	1oo %

Bei diesen Erhebungen fällt auf, daß der Anteil der Eltern, die keine Angaben machen können, im Vergleich zu unseren anderen Daten relativ klein ist. Schon bei der Frage nach Asphyxien post partum steigt diese Zahl erheblich an.

2. Asphyxie:

Die Zahl der Patienten, die nach der Geburt asphyktisch waren, lag mit 32 % sehr hoch. Davon waren jedoch nur 1,6 % gesichert mehr als eine Stunde asphyktisch (Tab.16). Die größten Schwierigkeiten, auf Fragen genaue Angaben zu erhalten, ergeben sich aus den häufig mangelhaften Kenntnissen der Befragten und ihrem Unvermögen, bestimmte Symptome überhaupt zu bemerken bzw. sie richtig einzuschätzen. Man muß allerdings berücksichtigen, daß Mütter oft über perinatale Komplikationen vom Arzt nicht aufgeklärt bzw. informiert werden. Hinzu kommt die unterschiedliche Geschicklichkeit des Arztes, eine Anamnese zu erheben, und die Tatsache, daß es keine absolut gültigen und feststehenden Kriterien gibt, nach denen er fragen soll.
Über die Erhebung der Anamnese bei Kindern und eine Klassifikation anamnestischer Befunde hat vor kurzem KESSLER eine Arbeit publiziert.

Tabelle 16: Asphyxie post partum und andere Komplikation

Keine Komplikationen	533	(53,5 %)
bis zu 1 Stunde	23o	(23,2 %)
mehr als 1 Stunde	16	(1,6 %)
ohne Zeitangabe	71	(7,1 %)
cerebrale Krämpfe, teilweise mit Asphyxie	2o	(2,o %)
Ikterus wegen Rh-Unverträglk.	5	(o,5 %)
andere Ikteren	11	(1,1 %)
keine Angaben	1o9	(11,o %)
	995	(1oo %)

3. Geburtsgewicht:

Im folgenden Abschnitt möchten wir nun die Daten über das Geburtsgewicht diskutieren (Tab. 17). Wie schon früher erwähnt, haben wir hier den hohen Prozentsatz von 33 % der Eltern, die über das Geburtsgewicht ihrer Kinder keine Angabe machen konnten. Selbstverständlich muß hierbei berücksichtigt werden, daß einige Patienten nicht in Begleitung ihrer Eltern in die Klinik kamen. Aus Tabelle 5 (S. 14) läßt sich jedoch ersehen, daß diese Zahl sehr klein war; nur die Kinder, die von Sozialämtern, staatlichen Gesundheitsämtern und Heimen eingewiesen wurden, befanden sich überwiegend nicht in Begleitung ihrer Eltern.

351 (35,3 %) der Patienten hatten ein Geburtsgewicht zwischen 3–4000 g, 1o5 (1o,5 %) waren Frühgeburten mit weniger als 2.500 g, 32 (3,2 %) wogen mehr als 4.500 g, 178 (17,9 %) lagen noch innerhalb der Norm.

Tabelle 17: Geburtsgewicht in Gramm.

Weniger als 1.000	8	(o,8 %)
1.000 - 1.500	21	(2,1 %)
1.500 - 2.000	25	(2,5 %)
2.000 - 2.500	51	(5,1 %)
2.500 - 3.000	83	(8,3 %)
3.000 - 4.000	351	(35,3 %)
4.000 - 4.500	95	(9,6 %)
mehr als 4.500	32	(3,2 %)
keine Angabe	329	(33,o %)
	995	(1oo %)

Wir möchten an dieser Stelle hervorheben, daß wir es sehr bedauern, nicht nach Haus- oder Klinikgeburt gefragt zu haben. Zwar ist dies in den Krankenblättern nur selten vermerkt - wohl aus der Annahme, daß Hausgeburten nur noch selten sind - jedoch meinen wir, daß diese Annahme für dieses Gebiet nicht zutreffend ist; zum anderen hätte man dann für die Beurteilung

der Angaben des vorhergehenden Abschnittes einen objektivierenden Faktor. Wahrscheinlich sind die Angaben der Mütter, die zu Hause entbunden haben, ungenauer

4. Laufen:

Dieser Abschnitt wird die Ergebnisse der Untersuchung der frühkindlichen Entwicklung abhandeln. Unsere Einteilung umfaßt die Beantwortung der Fragen nach dem Laufen- und Sprechenlernen, Sauberkeitsentwicklung, Kindergartenbesuch und die Frage, wo die Kinder aufgewachsen sind.

Tabelle 18: Laufen (Angaben in Monaten)

noch nicht (nicht patholog.)	51	(5,1 %)
mit 1o - 13 Monaten	4oo	(4o,3 %)
mit 14 - 17 Monaten	189	(19,o %)
mit 18 - 21 Monaten	81	(8,1 %)
mit 22 - 25 Monaten	62	(6,2 %)
mit 26 - 29 Monaten	11	(1,1 %)
mit 3o - 33 Monaten	11	(1,1 %)
mit 34 - 37 Monaten	23	(2,3 %)
keine Angaben	167	(16,8 %)
	995	(1oo %)

Da wir keine extra Spalte für die Patienten hatten, die aus pathologischen Gründen noch nicht laufen gelernt hatten, haben wir sie in die Gruppe 34-37 Monate mit aufgenommen (s. Tab. 18). Wenn wir, in Übereinstimmung mit den meisten Autoren, für die Normalentwicklung eines Kindes in Hinblick auf das Laufenlernen die Grenze bei einschließlich 24 Monaten festlegen, haben ca. 5 % unserer Patienten verzögert bzw. noch nicht laufen gelernt; gefragt wurde nach sogenanntem "freien Laufen".

5. Sprechen:

Wie in Tab. 18 hatten wir auch in der Tabelle über das Sprechenlernen keine gesonderte Spalte für "noch nicht sprechen gelernt - pathologisch" (Tab. 19). Diese Fälle haben wir entsprechend in der Spalte 34-37 Monate mit angeführt; gefragt wurde nach dem Vermögen, 3-Wort-Sätze sprechen zu können.

Tabelle 19: Sprechen (Angaben in Monaten)

noch nicht (nicht patholog.)	135	(13,6 %)
mit 1o - 13 Monaten	291	(29,3 %)
mit 14 - 17 Monaten	85	(8,5 %)
mit 18 - 21 Monaten	117	(11,8 %)
mit 22 - 25 Monaten	97	(9,7 %)
mit 26 - 29 Monaten	17	(1,7 %)
mit 3o - 33 Monaten	16	(1,6 %)
mit 34 - 37 Monaten	4o	(4,o %)
keine Angaben	197	(19,8 %)
	995	(1oo %)

6. Sauberkeit:

Bei unserer Erhebung über die Sauberkeitsentwicklung mußten wir naturgemäß den erfragten Zeitraum erweitern. Wir hatten eine Tabelle mit 13 Spalten zur Verfügung, diesmal war auch der Fall "noch nicht sauber - pathologisch" mit aufgeführt. Von unseren Patienten waren 15,5 % bis zum 4. Lebensjahr noch nicht sauber. Nach ZÜBLIN ist zu späte Sauberkeitsgewöhnung oft familiär bedingt, auch f a l s c h e Sauberkeitserziehung ist nicht selten der Grund verlängerten Einnässens. 1952 waren 5,3 % der Hamburger Schulanfänger Enuretiker (v.HARNACK). Unter Heimkindern sind bis zu 5o % Bettnässer (LEMPP), bei Schulkindern setzt v.HARNACK den Prozentsatz der Enuretiker mit 5,5 % an. LEMPP bezeichnet als wichtigsten Faktor für das Bettnässen die Konstellation von Schlaftiefe, Schlafrhythmus und Blasentonus.

Tabelle 2o: Sauberkeit (Angaben in Monaten).

noch nicht sauber (patholog.)	143	(14,4 %)
noch nicht sauber (nicht path.)	67	(6,7 %)
mit 14 - 17 Monaten	91	(9,1 %)
mit 18 - 21 Monaten	122	(12,3 %)
mit 22 - 25 Monaten	198	(2o,o %)
mit 26 - 29 Monaten	29	(2,9 %)
mit 3o - 33 Monaten	45	(4,5 %)
mit 34 - 37 Monaten	36	(3,6 %)
mit 38 - 41 Monaten	13	(1,3 %)
mit 42 - 45 Monaten	11	(1,1 %)
mit 46 - 49 Monaten	39	(3,9 %)
Wiedereinnässen	12	(1,2 %)
keine Angaben	189	(19,o %)
	995	(1oo %)

7. Entwicklungsumfeld.

Auf unsere Fragestellung, wo die Patienten aufgewachsen waren, konnten wir feststellen, daß nur insgesamt 8,5 % der Kinder nicht im Elternhaus groß geworden waren. 85,5 % der Patienten lebten oder leben im Elternhaus, über 6 % wurden keine Angaben gemacht.

Tabelle 21: Entwicklungsumfeld:

Patient wuchs auf:		
zu Hause	852	(85,5 %)
bei Verwandten	39	(4,o %)
im Heim	44	(4,5 %)
keine Angaben	6o	(6,o %)
	995	(1oo %)

8. Kindergartenbesuch:

Bei 323 Patienten wurde von den Eltern zumindest ein zeitweiliger Kindergartenbesuch angegeben. 383 der Patienten waren nie in einen Kindergarten gegangen, teilweise weil es keinen gab, zum weitaus größten Teil jedoch, weil die Eltern es nicht für richtig oder

notwendig hielten. Über 289 der Patienten war keine Angabe auf diese Frage gemacht worden.

Tabelle 22: Kindergartenbesuch.

nein	383	(38,6 %)
ja	323	(32,4 %)
keine Angabe	289	(29,o %)
	995	(1oo %)

V. Schulzeit und anschließende Ausbildung.

Der folgende Abschnitt behandelt die Fragen nach dem Einschulungsalter, dem Sitzenbleiben, anderen Schwierigkeiten in der Schule, weiterführenden Schulen, Beruf bzw. Ausbildung und Berufsschwierigkeiten. Gerade in diesem Abschnitt ist der Unsicherheitsfaktor der gemachten Angaben besonders groß.

Die Diskrepanzen unter den Ergebnissen bei den verschiedenen Erhebungen sind nicht zu übersehen. Schulschwierigkeiten ihrer Kinder geben fast 3o % der Eltern an, nur 9o (9,o %) Patienten waren jedoch sitzengeblieben und 17,5 % der Kinder wurden nicht zum normalen Zeitpunkt eingeschult.

Unter diesen Angaben konnten wir bei einer mittleren Abweichung von fast 5o % voneinander keine Vergleiche anstellen.

Von den Patienten wurden 53 % altersgemäß eingeschult. Zusammen mit 23 % noch nicht schulpflichtiger Kinder umfaßte diese Gruppe 76 %. Übrigens deckt sich die Gruppe der noch nicht schulpflichtigen bis auf eine Abweichung von 1 % mit der Zahl der ein- bis sechsjährigen Kinder, die 24 % unserer Patienten ausmachen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß 31 % aller Patienten bzw. 51,5 % von den 599 Patienten, bei denen der IQ bestimmt wurde, unterhalb eines Intelligenzquotienten von 9o lagen, ist der Anteil der Patienten, die zurückgestellt wurden, in die Sonderschule gehen oder von der "Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind" betreut werden, mit 17 % aller bzw. 32,5 % der schulpflichtigen Kinder relativ klein.
Unter den 3o9 Kindern, bei denen ein Intelligenzquotient (IQ) unter 9o ermittelt wurde, waren sogar 97, die einen IQ unter 6o aufwiesen. Wir nehmen an, daß häufig viele dieser Kinder in der Schule "mitgeschleppt" werden.
Wir möchten noch ausdrücklich darauf hinweisen, daß in den eben gemachten Angaben über die Zahl der oligophrenen

Kinder auch die mitenthalten sind, die noch nicht schulpflichtig waren.

1. Einschulung und Schulschwierigkeiten:

Tabelle 23: Einschulungsalter.

noch nicht schulpflichtig	229	(23,1 %)
altersgemäß eingeschult	531	(53,4 %)
zurückgestellt	75	(7,5 %)
mehrmals zurückgestellt	24	(2,4 %)
Einschulung i.d.Sonderschule	15	(1,5 %)
Umschulung i.d.Sonderschule	38	(3,8 %)
"Lebenshilfe"	21	(2,1 %)
keine Angaben	62	(6,2 %)
	995	(1oo %)

In Tabelle 24 bezieht sich die Angabe "entfällt" auf die Patienten, die entweder noch nicht schulpflichtig sind oder die Schulausbildung schon abgeschlossen haben

Tabelle 24: Sitzenbleiben.

entfällt	354	(35,6 %)
ja	9o	(9,o %)
nein	5o2	(5o,5 %)
keine Angabe	49	(4,9 %)
	995	(1oo %)

Eine große Gruppe unserer Patienten war verhaltensgestört oder minderbegabt. Dadurch wird die große Zahl der Kinder mit Schulschwierigkeiten verständlich. Die Bezeichnung "Schulschwierigkeiten" umfaßt sowohl die reinen Lernschwierigkeiten als auch die Verhaltensstörungen.

Tabelle 25: Schulschwierigkeiten.

entfällt	284	(28,5 %)
ja	296	(29,8 %)
nein	284	(28,5 %)
keine Angabe	131	(13,2 %)
	995	(1oo %)

2. Fortbildung:

Auf weiterführende Schulen gingen von unseren Patienten insgesamt knapp 11 % aller bzw. 14 % der schulpflichtigen Kinder. Die Berufsschüler sind in diesen Zahlen nicht enthalten, da jeder Jugendliche, der nicht mittel- bis hochgradig oligophren ist, obligatorisch die Berufsschule besuchen muß.

Tabelle 26: Weiterführende Schulen.

entfällt	746	(75,1 %)
Mittelschule	35	(3,5 %)
Gymnasium	45	(4,5 %)
Handelsschule	6	(o,6 %)
Berufsschule	69	(6,9 %)
Haushaltsschule	12	(1,2 %)
Abendschulen	9	(o,9 %)
keine Angabe	73	(7,3 %)
	995	(1oo %)

3. Beruf:

Aus Tabelle 27 ist zu ersehen, daß 69 Patienten in einem Lehrverhältnis stehen; entsprechend groß ist die Zahl der Berufsschüler.

Tabelle 27: Beruf bzw. Ausbildung.

Entfällt (bzw. Schüler)	821	(82,6 %)
Hilfsarbeiter	45	(4,5 %)
Lehrlinge	69	(6,9 %)
keine Angabe	6o	(6,o %)
	995	(1oo %)

Diese Aufschlüsselung ist sicher nicht ausreichend; unter "entfällt" mußten wir auch andere Ausbildungen mit einbeziehen.

4. Berufsschwierigkeiten:

Die Ergebnisse der Frage nach den Berufsschwierigkeiten waren, wie nicht anders zu erwarten, nicht sehr ergiebig. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß etwa 8o % der Patienten unter 15 Jahre alt waren.

Tabelle 28: Berufsschwierigkeiten.

entfällt	8o9	(81,4 %)
Stellungswechsel	9	(o,9 %)
Entlassung	7	(o,7 %)
Verlust der Stelle wegen Krankheit	3	(o,3 %)
keine Schwierigkeiten	46	(4,6 %)
sonstige Berufsschwierigkeiten	24	(2,4 %)
keine Angabe	97	(9,7 %)
	995	(1oo %)

VI. Somatische Befunde.

Wir möchten nun über die Ergebnisse berichten, die wir bei der Auswertung der somatischen Befunde gewonnen haben. Wir lassen dabei lediglich die psychologischen Tests heraus, deren Daten wir im nächsten Abschnitt besprechen wollen. Weiterhin ist einschränkend zu sagen, daß hier nur die Untersuchungen statistisch erfaßt sind, die im Rahmen unserer Arbeit von Bedeutung sind.

Es handelt sich dabei um den neurologischen Befund der Patienten, Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen, Elektroencephalographie (EEG), Echoencephalogramm (Ech Szintigramm, Pneumencephalogramm (PEG), cerebrale Ang graphie und Liquoruntersuchung (LP).

1. Neurologischer Befund:

Bei allen 995 Patienten wurde ein neurologischer Be fund erhoben. Aus Tabelle 29 ergibt sich, daß der Befund nur bei 16 % der Patienten pathologisch ausg fallen war. 84 % zeigten nach dieser Untersuchung keine Auffälligkeiten.

Tabelle 29: Neurologischer Befund.

kein pathologischer Befund	842	(84,7 %)
neurologischer Seitenhinweis ohne Parese	16	(1,6 %)
Paresen und Plegien	69	(6,9 %)
extrapyramidale Störungen	5	(o,5 %)
schwerwiegende neurolog. Kombinationsbefunde (Seitenhinweise, Paresen, extrapyramidale Störungen, Sensibilitätsstörungen u.a.)	63	(6,3 %)
	995	(1oo %)

Bei den gezielteren Untersuchungen mit technischen Hilfsmitteln (große Diagnostik), deren Ergebnisse wir anschließend besprechen wollen, nimmt der Anteil der pathologisch ausgefallenen Untersuchungen erheblich zu. Beim PEG und EEG betragen die pathologischen Befunde mehr als 50 %.

2. Röntgenuntersuchung:

Die Röntgenuntersuchung des Schädels bringt in erster Linie nur relativ gute Ergebnisse bei Frakturen, Asymmetrien, Mißbildungen und intracerebralen Verkalkungen. Mit Hilfe der Röntgenaufnahmen (Röntgenleeraufnahmen) konnten nur 2 Tumordiagnosen gestellt werden, während

z.B. bei der cerebralen Angiographie 16 Tumoren nachgewiesen werden konnten.

Tabelle 3o: Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen.

nicht durchgeführt	98	(9,8 %)
ohne pathologischen Befund	696	(7o,o %)
Schädelmißbildungen	55	(5,5 %)
Asymmetrien	77	(7,7 %)
Hirndruckzeichen	14	(1,4 %)
intracerebrale Verkalkungen	19	(1,9 %)
Nebenhöhlenbefunde	26	(2,6 %)
Frakturen	9	(o,9 %)
Tumoren	2	(o,2 %)
	995	(1oo %)

3. Elektroencephalogramm (EEG):

Das EEG spielt in der Diagnostik frühkindlicher Hirnschäden eine zentrale Rolle. LUTZ betont ganz allgemein die Wichtigkeit des EEG's zur Erkennung organisch bedingter Störungen. Er weist jedoch auch darauf hin, daß nach seinen Untersuchungen 1o % der gesunden Durchschnittsbevölkerung ein pathologisches EEG aufweisen,

umgekehrt haben 2o % der eindeutig gesicherten Epileptiker ein normales EEG.

Wir fanden bei den Patienten, bei denen ein EEG abgeleitet wurde, überwiegend pathologische - bzw. Grenzbefunde. Die Dyssymmetrien und Allgemeinveränderungen bildeten mit 33 % die größte Gruppe. Berücksichtigt man weiterhin, daß bei 1oo Patienten kein EEG gemacht wurde, so ergibt sich für die Grenzbefunde ein Anteil von 37 %.
Man darf bei diesen Ergebnissen nicht außer acht lassen, daß von den 995 Patienten 3o % an Anfallskrankheiten litten. Wir werden später darstellen, wieviele von diesen Patienten ein pathologisches EEG aufwiesen.

Tabelle 31: Elektroencephalogramm.

nicht durchgeführt	1oo	(1o,1 %)
normal	3o2	(3o,4 %)
Dyssymmetrie	332	(33,4 %)
Seitenhinweis	85	(8,5 %)
Herdbefund	73	(7,3 %)
Krampfpotentiale	97	(9,7 %)
Kombination path.Befunde	6	(o,6 %)
	995	(1oo %)

4. Echo-Encephalogramm:

Ein Echo-Encephalogramm wurde bei 51,5 % der Patienten durchgeführt. Nur 6,5 % der Befunde fielen positiv aus.

Tabelle 32: Echo-Encephalogramm.

nicht durchgeführt	481	(48,3 %)
normal	450	(45,2 %)
pathologisch (Verschiebungen der Mittellinie, Erweiterung der Ventrikel)	64	(6,5 %)
	995	(100 %)

5. Szintigramm:

Ein Szintigramm wurde bei 176 Patienten angelegt, davon waren 23 pathologisch.

Tabelle 33: Szintigramm.

nicht angelegt	819	(82,3 %)
keine Anreicherung	153	(15,4 %)
pathologische Anreicherung	23	(2,3 %)
	995	(100 %)

6. Pneumencephalogramm:

Etwa ein Drittel der Patienten wurden pneumencephalographisch untersucht. 55,5 % hatten einen pathologischen Befund. Die Verteilung der positiven Befunde war für uns mit großen Schwierigkeiten verbunden, da von dem Röntgenologen nicht immer eine genaue Differenzierung zwischen den Erweiterungen 1., 2. und 3. Grades, wie sie auf unseren Erhebungsbögen getroffen worden ist, angegeben wurde. Wir möchten daher auf diese Unterscheidungen verzichten und nur allgemein "Erweiterungen der Ventrikel" anführen und die Graduierung herauslassen.

Tabelle 34: Pneumencephalogramm.

nicht durchgeführt	685	(68,9 %)
o.B. (ohne Befund)	138	(13,9 %)
Grenzbefund	64	(6,4 %)
Erweiterung der Ventrikel	68	(6,8 %)
äußere Atrophie	--	--
Asymmetrie mit geringen Ventrikelerweiterungen	14	(1,4 %)
Tumorbefund	1o	(1,o %)
Kombination erheblich pathologischer Befunde	16	(1,6 %)
	995	(1oo %)

7. Cerebrale Angiographie (percutane Carotis- und Axillarisangiographie):

Die cerebrale Angiographie wurde nur bei 11o Patienten durchgeführt. Hierbei ergaben sich 16 Tumorbefunde und insgesamt knapp 50 % pathologische Befunde.

Tabelle 35: Cerebrale Angiographie.

nicht durchgeführt	885	(89,o %)
o.B.	56	(5,6 %)
Grenzbefunde und Varianten	29	(2,9 %)
Tumorzeichen	16	(1,6 %)
Angiome	3	(o,3 %)
hydrocephale Zeichen	6	(o,6 %)
	995	(1oo %)

8. Liquor:

Die Liquoruntersuchung ist die letzte der von uns statistisch erfaßten Untersuchungen. Bei 266 Patienten wurde sie durchgeführt, aber nur 20 hatten einen pathologischen Befund.

Tabelle 36: Liquor cerebrospinalis.

nicht durchgeführt	729	(73,2 %)
normal	246	(24,8 %)
pathologischer Liquorbefund (Erhöhung der Zellzahl, Gesamteiweiß und Kombinationsbefunde)	20	(2,o %)
	995	(1oo %)

Wir möchten nun diese Befunde einander gegenüberstellen, und zwar in folgender Weise:

1. Zahl der Patienten, bei denen die jeweilige Untersuchung durchgeführt wurde,
2. Anteil der pathologischen Befunde.

Tabelle 37: Zahl der durchgeführten Untersuchungen und Anteil der pathologischen Befunde.

Untersuchungsmethode	Anzahl	in %	pathol. Befunde	in %
Neurologischer Befund	995	1oo	153	15,3
Schädelaufnahmen	897	9o,2	2o2	22,5
EEG	895	9o,o	594	66,3
Echo-EG.	514	51,6	64	1o,6
Szintigramm	176	17,7	23	13,1
Pneumencephalogramm	31o	31,1	172	55,5
cerebrale Angiographie	11o	11,o	54	49,9
Liquoruntersuchung	226	26,7	2o	7,5

Den größten Anteil an positiven Befunden wies die EEG-Untersuchung mit 66,3 % auf. Davon waren allerdings mehr als die Hälfte Grenzbefunde. An anderer Stelle haben wir schon darauf hingewiesen, daß nach LUTZ die Grenzbefunde nicht überbewertet werden sollten, sondern einer kritischen Beurteilung unterzogen werden sollten.

Der hohe Anteil der pathologischen Befunde beim PEG und der cerebralen Angiographie, erklärt sich daher, daß diese Untersuchungen überwiegend nur bei begründetem Verdacht (z.B. Tumor-Verdacht) angewendet werden. Diese Untersuchungsmethoden sind immer noch mit gewissen Gefahren für den Patienten verbunden, so daß sie im Gegensatz zum EEG einer sehr strengen Indikation unterliegen. In dem von uns erfaßten Zeitraum ereignete sich bei Lumbalpunktionen und Pneumencephalographien kein Untersuchungszwischenfall, nach einer Axillarisangiographie in Narkose kam es bei einem hochgradig hirngeschädigten Kind zu einem Exitus letalis.

Die relativ seltene Anwendung der Szintigraphie beruht darauf, daß in dem Zeitabschnitt, den wir untersuchten, diese Untersuchung eingeführt wurde und man wegen der damals benutzten Isotopen mit noch verhältnismäßig langer physikalischer und biologischer Halbwertszeit bei Kindern und Jugendlichen zunächst zurückhaltend war. Inzwischen

sind die Meßtechniken soweit verbessert worden, daß die zulässige Strahlenbelastung bei weitem nicht erreicht wird und wesentlich niedriger als bei Röntgenuntersuchungen liegt.

VII. Psychologische Tests.

Den Schwerpunkt der psychologischen Untersuchung bildet die Intelligenzuntersuchung nach dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) bzw. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE). Ergänzt werden diese Verfahren durch Tests nach RORSCHACH, RAVEN und BENTON.

In letzter Zeit ist der ganze Komplex der IQ-Bestimmung (IQ = Intelligenzquotient) zunehmender Kritik ausgesetzt. ZÜBLIN weist insbesondere darauf hin, daß die verbalen Testanteile oft eine Mischung aus Bildungs- und Schulwissen sind. Es wird also nicht nur die Intelligenz als solche beurteilt, sondern Wissen, das man in der Schule oder auch der Umwelt erworben hat. Außerdem betont ZÜBLIN ganz allgemein, daß die IQ-Bestimmung "von einer Reihe intelligenzfremder und schwer einschätzbarer Faktoren abhängig ist."

LUTZ stellt insbesondere die "Eignung" des Versuchsleiters heraus. Nach seiner Meinung werden die Ergebnisse der IQ-Bestimmung entscheidend durch ihn beeinflußt.

BENDA nennt in seiner Kritik einen Faktor, der besonders in der Gegenwart zunehmend an Bedeutung gewinnt. Er weist zum Beispiel nach, daß die soziale Stellung der Eltern mitentscheidend für den Intelligenzgrad ist. Berücksichtigt man weiterhin die große Schwankungsbreite der Ergebnisse von 15 %, die ZÜBLIN für die IQ-Bestimmung angibt, kann man die IQ-Bestimmung durch einen Test nur kritisch bewerten. Als Konsequenz ergibt sich, daß man nach Möglichkeit immer mit einer Testbatterie, die mehrere Tests enthält, untersucht.

Wir meinen also, daß besonders große Vorsicht in den Grenzbereichen des Durchschnitts angebracht ist, da die Übereinstimmung zwischen der erwarteten und erzielten Leistung manipulierbar ist, wenn auch nur in einer bestimmten Breite.

1. <u>HAWIE bzw. HAWIK:</u>

Von unseren 995 Patienten wurden 599 mit diesem Test untersucht. Über die Hälfte (51,6 %) hatten einen IQ unter 91. 9 % unserer erfaßten Kinder und Jugendlich wiesen eine überdurchschnittliche Intelligenz auf.

Tabelle 38: HAWIK bzw. HAWIE.

nicht durchgeführt	396	(39,8 %)
IQ unter 6o	97	(9,8 %)
" " 7o	59	(5,9 %)
" " 8o	59	(5,9 %)
" " 9o	94	(9,5 %)
zwischen 91 - 11o	198	(19,9 %)
" 111 - 12o	64	(6,4 %)
mehr als 12o	28	(2,8 %)
	995	(1oo %)

Im Anschluß hieran möchten wir eine spezielle Untersuchung bringen, die die 6o,2 % der Patienten, bei denen eine IQ-Bestimmung durchgeführt wurde, prozentual in die von uns verwendeten IQ-Bereiche einordnet.

Tabelle 39: Schlüssel der 599 Patienten in die einzelnen IQ-Bereiche.

IQ-Grad	Zahl	Prozent
unter 6o	97	16,3
- 7o	59	9,7
- 8o	59	9,7
- 9o	94	15,8
zwischen 91 - 11o	198	33,1
" 111 - 12o	64	1o,7
mehr als 12o	28	4,7
	599	1oo %

Im Normbereich zwischen 91 - 11o lagen 33,1 % der getesteten Patienten. 15,4 % der Untersuchten waren überdurchschnittlich intelligent, während die größte Gruppe die Minderbegabten mit 51,5 % waren. Dabei waren 97, also fast 1o % unserer Patienten, nach den bestehenden Schulgesetzen als nicht bildbar anzusehen. Diese Befunde entsprechen einer Oligophrenie mittleren und schweren Grades. Oligophrenien mittleren Grades bestanden bei 11,8 % unserer Patienten. Diese Kinder und Jugendlichen können in Sonderschulen für lern- und geistig behinderte Kinder gefördert werden. 9,5 % wiesen leichte intellektuelle Mängel auf, waren aber meistens in der Volksschule noch zu fördern.

2. Kontrolltests:

Um die Fehlerquellen bei der IQ-Bestimmung nach HAWIK bzw. HAWIE einzuschränken, wurden, wie schon erwähnt, andere Ergänzungstests benutzt, wie z.B. die von RORSCHACH, RAVEN und BENTON.

Tabelle 4o: RORSCHACH-Test.

durchgeführt bei	347	(34,9 %)
nicht durchgeführt:	648	(65,1 %)
	995	(1oo %)

Tabelle 41: RAVEN-Test.

durchgeführt bei	111	(11,2 %)
nicht durchgeführt bei	884	(88,8 %)
	995	(1oo %)

Tabelle 42: BENTON-Test.

durchgeführt bei	238	(24,o %)
nicht durchgeführt bei	757	(76,o %)
	995	(1oo %)

Die Tabelle 43 zeigt, wieviel Prozent die Ergänzungstests in Bezug auf die 599 Patienten ausmachen, bei denen der IQ nach HAWIK bzw. HAWIE bestimmt wurde.

Tabelle 43: Anteil in % der Ergänzungstests gegenüber HAWIK bzw. HAWIE.
HAWIK bzw. HAWIE: 599 Patienten.

Ergänzungstest	Prozentsatz	
RORSCHACH	57,9 %	(347 Patienten)
RAVEN	18,5 %	(111 Patienten)
BENTON	39,8 %	(238 Patienten)

VIII. Ermittelte Diagnosen.

Wir haben schon am Anfang dieser Arbeit erwähnt, daß wir uns bei der nosologischen Erfassung und Einordnung der Diagnosen an das Schema zur Einteilung der psychischen Störungen von TRAMER gehalten haben. Da auch rein neurologische Erkrankungen von Kindern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit versorgt werden, haben wir dafür noch eine getrennte Spalte in das Schema eingefügt. Schließlich mußten wir, um das gesamte Patientenmaterial statistisch zu erfassen, in das Schema noch eine Spalte für "ungeklärte bzw. andere Fälle" und "gesunde" Kinder aufnehmen.

STUTTE gibt folgende Einteilung der psychischen Störungen an:

1. Reaktive,
2. reifungspathologisch bedingte,
3. konstitutionell bedingte,
4. somatogen-psychische Störungen.

LUTZ wählt folgende Einteilung:

1. Entwicklungsbeschränkungen und -störungen,
2. somatogen-psychische Störungen,
3. konstitutionell - psychische Störungen (Neuropathie, endogene Psychosen, Psychopathien),
4. psycho-reaktive Störungen.

Wir nahmen folgende Klassifikation der psychischen Störungen einschließlich der oben genannten Zusätze vor:

1. Somatogen-cerebrale Erkrankungen,
2. psychogene Erkrankungen,
3. somatogen-cerebral-psychogene Erkrankungen (Kombinationsdiagnosen),
4. neurologische Erkrankungen (außer cerebralen Störungen),
5. Psychosen,
6. ungeklärte Fälle bzw. Diagnosen aus anderen Fachgebieten,
7. gesund.

1. <u>Einzeldiagnosen:</u>

Dies Schema ergänzten wir durch Untergruppen, die eine möglichst genaue Diagnostik ermöglichen. Wir benötigten dazu 29 Einzeldiagnosen. Die Diagnosenziffer dieser Untergruppen 1 - 3 umfaßt danach die Oligophrenien verschiedener Ätiologie, 4 - 6 die Anfallsleiden. Von 7 - 12 werden entzündliche und durch Unfälle bedingte cerebrale Störungen wie auch Hirntumoren aufgeführt. Unter Ziffer 13 erscheinen die passageren psychischen Störungen, 14 - 17 neurologische Erkrankungen, Sinnesdefekte und Cephalgien. Die verschiedenen Formen der Ver-

haltensstörungen gruppieren wir unter 18 - 21 ein. Die Psychosen einschließlich des Autismus Kanner, erfassen wir mit Ziffer 22 - 25, Psychopathien unter 26, ungeklärte Fälle, Gesunde und andere Diagnosen unter 27, 28 und 29.

(s. Tab. 44, S. 56).

Tabelle 44: Einzeldiagnosen.

1.	Oligophrenien (ohne nachweisbare Ursache)	124	(12,5 %)
2.	Oligophrenien (mit nachweisbarer Ursache)	86	(8,7 %)
3.	Oligophrenien (mit organ.Grenzbefund)	4	(o,4 %)
4.	Anfallsleiden (ohne nachweisbare Ursache)	175	(17,6 %)
5.	Anfallsleiden (mit nachweisbarer Ursache)	65	(6,6 %)
6.	Anfallsleiden (mit organ.Grenzbefund)	24	(2,4 %)
7.	Demenzprozesse (mit entzündl.o.anders bedingter Ursache)	1	(o,1 %)
8.	Demenzprozesse (ohne nachgewiesene Ursache)	-	---
9.	Commotio oder Contusio (ohne psychische oder neurologische Ausfallserscheinungen)	9	(o,9 %)
1o.	Commotio oder Contusio (mit neurologischen oder psychischen Folgen)	5	(o,5 %)
11.	Commotio oder Contusio (mit organ.Grenzbefund)	4	(o,4 %)
12.	Hirntumoren	26	(2,6 %)
13.	passagere psychische Störungen (im Sinne eines Durchgangssyndroms)	2	(o,2 %)
14.	Neurologische Erkrankungen ohne cerebrale Beteiligung	42	(4,2 %)
15.	Neurologische Erkrankungen mit cerebraler Beteiligung	36	(3,6 %)
16.	Cephalgie	27	(2,7 %)
17.	Sinnesdefekte	9	(o,9 %)
18.	Retardierung und Reifungsasynchronien	16	(1,6 %)
19.	psychog.-neurot.-funktionelle Verhaltensstörungen (ohne eindeutig nachgewiesene Ursache)	153	(15,4 %)
2o.	psychog.-neurot.-funktionelle Verhaltensstörungen (mit nachgewiesener Ursache)	15	(1,5 %)
21.	psychog.-neurot.-funktionelle Verhaltensstörungen (mit organ. Grenzbefund)	11	(1,1 %)
22.	Schizophrenien	2o	(2,o %)
23.	Zyklothymien	2	(o,2 %)
24.	affektive Psychosen mit unklarer DD	6	(o,6 %)
25.	Autismus Kanner	2	(o,2 %)
26.	Psychopathien (einschl.Autismus Asperger)	14	(1,4 %)
27.	ungeklärte Fälle	39	(3,9 %)
28.	Gesund	28	(2,8 %)
29.	Andere Diagnosen	5o	(5,o %)
		995	(100 %)

Die größte Gruppe von Kranken war die mit Anfallsleiden verschiedener Ätiologie. Genau 25 % der von uns erfaßten Patienten waren Epileptiker. Diese Gruppe wie auch die Oligophrenien, Psychosen und Verhaltensstörungen wollen wir im Anschluß hieran getrennt besprechen. Die Oligophrenen stellten mit 21,5 % die zweitgrößte Gruppe, die Verhaltensgestörten unter Hinzunahme der Retardierten mit 19,5 % die drittgrößte. Wir hatten auch 30 Kinder und Jugendliche mit Psychosen, wobei wir die Psychopathien einschließlich des Autismus ASPERGER nicht dazurechneten.
Zusammen repräsentieren diese vier Krankheitsbilder 69 % unserer Patienten. Die restlichen 31 % werden von allen übrigen Krankheiten gebildet (s. Schaubild).

2. Summendiagnosen:

Für unser Diagnosenschema nach der am Beginn dieses Kapitels besprochenen Einteilung ergibt sich folgende Aufteilung:

Tabelle 45: Summendiagnosen.

1. Somatogen - cerebrale Erkrankungen	548 (55,o %)
2. Psychogene Erkrankungen	2o9 (21,o %)
3. Somatogen-cerebral-psychogene Erkrankungen	12 (1,2 %)
4. Neurologische Erkrankungen	78 (7,9 %)
5. Psychosen	3o (3,o %)
6. Ungeklärte Fälle bzw. andere Diagnosen	89 (9,o %)
7. Gesund	

Über die Hälfte unserer Patienten litt unter somatogen-cerebralen Erkrankungen. Zu dieser Gruppe rechneten wir die Oligophrenien, Anfallsleiden, Commotio oder Contusio und Hirntumoren. Die psychogenen Erkrankungen erfassen die Ziffern 18, 19, 2o und 21 sowie 29 unserer Einzeldiagnosen. Die Psychosen, wie schon früher angeführt, Ziffer 22, 23, 24 und 25.
Unter somatogen-cerebral-psychogenen Erkrankungen erscheinen die Einzeldiagnosen 7, 8 und 13.

C. SPEZIELLE AUSWERTUNG DER DATEN

Wir wollen nun im Anschluß an den allgemeinen Teil unserer Arbeit noch vier Krankheitsgruppen herausgreifen, um sie genauer beurteilen zu können. Wir haben für diese Arbeit folgende Patientengruppen ausgewählt:

1. Oligophrenien,
2. Anfallsleiden,
3. Verhaltensstörungen und
4. Psychosen.

Weil wir unsere Erhebungen auf Lochkarten übertragen hatten, konnten wir einen Computer (Die Auswertung erfolgte im Rechenzentrum der Universität des Saarlandes in Saarbrücken.) bei der Auswertung in Anspruch nehmen.

Wir haben für die Programmierung des Computers eine Auswahl der uns am wichtigsten erscheinenden Fragen aus unseren Glossars getroffen.
Zum Beispiel haben wir den ganzen Erhebungskomplex von Spalte 9 - 14 herausgelassen. Wir möchten noch betonen, daß das Programm für die Auswertung bei den vier Gruppen untereinander dasselbe ist. Berechnet wurden Einzelwerte bei Einzelgruppen und Prozentangaben.

I. Oligophrenien:

Die Oligophrenien verschiedener Grade haben auf Grund ihrer Häufigkeit, wie auch aus unserer Untersuchung hervorgeht, eine große Bedeutung. Die Kinder in die Gesellschaft einzugliedern, d.h. sie mit Hilfe spezieller Lehrmethoden in die Lage zu versetzen, ganz oder teilweise für sich selbst sorgen zu können, bietet ein erhebliches Problem.

MASLAND schätzt die Zahl der erwachsenen Schwachsinnigen in den USA auf ca. 3,5 %.
KAISER aus Zürich gibt die Zahl für die Schweiz auf Grund genauester statistischer Untersuchungen sogar mit 5,5 - 6,o % an. Würden wir also für die Bundesrepublik Deutschland ca. 5 % erwachsene Schwachsinnige in der Gesamtbevölkerung annehmen, kommt man

bei ca. 60 Millionen Einwohner auf eine Zahl von 3 Millionen, die intellektuell behindert sind. Ein besonderes Problem bei dieser Störung ist die Tatsache, daß trotz der therapeutischen Möglichkeiten bei stoffwechselbedingten Oligophrenien die Mehrzahl der Schwachsinnigen im medizinischen Sinne nicht "heilbar" ist. Nur mit Hilfe von speziellen intensiven Lehr- und Lernmethoden können Leistungen und Verhalten gefördert werden. Für das Auftreten von Schwachsinn werden vorwiegend 3 Faktoren verantwortlich gemacht:

1. Exogen - somatische Ursachen,
2. konstitutionelle (einschl. Genopathien),
3. soziokulturelle Ursachen.

Als Noxen nennt LUTZ folgende Möglichkeiten: chromosomale, Keim-, pränatale, perinatale, postnatale Schädigungen und schließlich primär psychische Entwicklungsbehinderungen. Nach Ansicht amerikanischer Autoren sind in 8o % soziologische Faktoren für das Auftreten von Schwachsinn verantwortlich und das Erbgut nur in 2o % der Fälle (SCHOLZ-EHRSAM). Diese Meinung scheint uns, wie auch unsere Statistik beweist, die somatogenen Faktoren der Oligophrenien zu vernachlässigen. SCHOLZ-EHRSAM konnte bei ihren Untersuchungen bei Sonderschulkindern noch folgende Gründe

für die mangelhaften intellektuellen Leistungen der Kinder nachweisen: lange Schulversäumnisse durch Krankheit, multiples nicht behandeltes Stammeln, Verhaltensstörungen (Hospitalismus), Pseudoschwachsinn durch Schwerhörigkeit, Fehlen jeglicher Förderung durch das Elternhaus, Kontaktarmut der Kinder und schwere Milieuschäden. Diese vielfältigen Ursachen erklären einerseits die relativ große Häufigkeit des Schwachsinns und verdeutlichen andererseits die Schwierigkeiten, ihm zu begegnen.

SCHOLZ-EHRSAM schätzt den Anteil der Kinder in der DDR, die sonderschulbedürftig sind, auf 2,5 % aller schulpflichtigen Kinder.

Für die Einteilung in die verschiedenen Grade des Schwachsinns verwendet LUTZ die Begriffe: debil, imbezil und idiotisch.
An anderer Stelle zieht man die Begriffe oligophren 1., 2. und 3. Grades vor. Dabei sind die IQ-Bereiche für die einzelnen Grade allerdings identisch.

LUTZ bezeichnet die intellektuell Gestörten mit einem IQ von 9o - 7o als debil, 7o - 5o als imbezil und unter 5o als idiotisch. Dabei sind die Kinder mit

einem IQ unter 5o von ihm als völlig bildungsunfähig, unter 7o an der Grenze der Bildungsfähigkeit und unter 9o mit besonderen Methoden ‚bildungsfähig bezeichnet.

Ganz allgemein besteht die Notwendigkeit, die für die geistige Entwicklung negativen Umweltfaktoren auszuschalten. Dies ist natürlich bei prä-, peri- und postnatalen Traumen rückwirkend kaum möglich. Die modernen Ergebnisse der Perinatologie lassen allerdings hoffen, daß die Zahl der sogenannten Risikokinder immer weiter abnimmt. Bei der sogenannten Pseudodebilität, für die LUTZ körperliche, emotionell-psychoreaktive Störungen und mangelnde Förderung verantwortlich macht, läßt sich durch Korrektur der soziokulturellen Noxen eine bessere Förderung, Anpassung und Eingliederung erzielen.

1. Alter und Geschlecht:

Insgesamt waren 214 unserer Patienten oligophren. Die Altersverteilung ergab, daß 65,4 % unter 1o Jahre alt waren und 34,6 % zwischen 1o und 18.

Tabelle 46: Alter der Oligophrenen.

unter 1o Jahre	154	(65,4 %)
zwischen 1o - 18 J.	59	(34,6 %)
	214	(1oo %)

Diese Zahlen zeigen eine normale Verteilung, da sich die meisten geistigen Entwicklungsstörungen im Kleinkind- oder Vorschulalter bemerkbar machen.

2. Geschlecht:

Von unseren Oligophrenen waren 74 Mädchen und 14o Jungen, also fast ein Verhältnis von 1 : 2.

Tabelle 47: Geschlecht.

	oligophren	übrige
Mädchen	74 (34,6 %)	(43,o %)
Jungen	14o (65,4 %)	(57,o %)
	214 (1oo %)	

Diese deutliche Abweichung von der normalen Geschlechtsverteilung können wir, wie viele Autoren, nicht deuten. Ob bei dieser Verteilung die immer wieder geäußerte größere Vulnerabilität männlicher Individuen in der perinatalen Phase eine Rolle spielt, läßt sich auch anhand unserer Untersuchung nicht klären.

3. Wohnort:

Fast die Hälfte der oligophrenen Kinder kamen aus Orten unter 5.000 Einwohnern. Das entspricht ungefähr den Ergebnissen, die wir für das gesamte Patientengut ermittelten. Bei den Oligophrenen waren es 47,2 %, bei allen Patienten 54,8 %. Diese Abweichung hat statistisch keine Bedeutung.

Tabelle 48: Wohnort der Oligophrenen.

1 - 5.000 Einwohner	1o1	(47,2 %)
5 - 20.000 "	39	(18,2 %)
20 - 100.000"	49	(22,9 %)
über 100.000"	25	(11,7 %)
keine Angabe	-	-
	214	(1oo %)

4. Berufstätigkeit der Mutter und Beruf des Vaters:

In den meisten Fällen waren die Mütter der Patienten nicht berufstätig. Nur 26 Mütter arbeiteten regelmäßig.

Tabelle 49: Berufstätigkeit der Mutter.

nicht berufstätig	141	(65,9 %)
berufstätig	26	(12,1 %)
keine Angabe	47	(22,o %)
	214	(1oo %)

Diese Zahlen entsprechen ebenfalls den Verhältnissen, die wir für alle Patienten fanden. Dagegen ergab die Aufschlüsselung der Berufe der Väter der Oligophrenen gegenüber der Gesamtheit ein leichtes Ansteigen der Berufsgruppen mit geringerer Ausbildung.

Tabelle 5o: Beruf des Vaters.

	bei Oligophrenen	übrige (781
ohne Beruf oder keine Angaben	24 (11,2 %)	15,9 %
Hilfsarbeiter	48 (22,4 %)	19,7 %
Handwerker, Angestellt.	122 (57,o %)	47,7 %
mit Fachschulbildung, Handwerksmeister	16 (7,5 %)	1o,1 %
leitende Angest.,Abitur, Hochschule	3 (1,4 %)	3,3 %
Rentner	1 (o,5 %)	3,3 %
	214 (1oo %)	1oo %

5. Familienstatus:

Bei der wichtigen Frage nach dem Status des Kindes konnten wir für die oligophrenen Patienten folgende Zahlen finden:

Tabelle 51: Status des Kindes.

	oligophren	übrige (782)
Kind aus Normalehe	172 (8o,4 %)	75,1 %
uneheliches Kind	1o (4,7 %)	3,8 %
Adoptivkind	- -	o,9 %
Pflegekind	2 (o,9 %)	o,6 %
Halbwaise ohne Vater	5 (2,3 %)	4,8 %
Halbwaise ohne Mutter	1 (o,5 %)	1,2 %
hat Stiefvater	1 (o,5 %)	o,4 %
hat Stiefmutter	5 (2,3 %)	1,o %
Vollwaise	1 (o,5 %)	o,3 %
Eltern geschieden	- -	4,7 %
keine Angabe	17 (8,9 %)	7,2 %
	214 (1oo %)	1oo %

Auch hier lassen sich nur unwesentliche Verschiebungen im Vergleich zur gesamten Patientenzahl feststellen.

6. Geschwisterreihe:

Aus Tabelle 52 ist die Stellung in der Geschwisterreihe zu ersehen. Nach STUTTE sowie STRUNK und FAUST spielt sie eine Rolle bei psychisch-reaktiven Störungen, also nur indirekt beim Schwachsinn. Dieses bestätigen auch die Daten der Tabelle 52. Man muß sie beim Vorliegen einer Pseudodebilität mit berücksichtigen.

Tabelle 52: Stellung in der Geschwisterreihe.

	oligophren	übrige (781)
1.tes Kind	56 (26,2 %)	34,o %
2." "	69 (32,2 %)	29,o %
3." "	36 (16,8 %)	14,3 %
4." "	22 (1o,3 %)	5,4 %
5." "	4 (1,9 %)	3,7 %
6." "	5 (2,3 %)	o,6 %
7." "	2 (o,9 %)	o,6 %
8." "	1 (o,5 %)	o,3 %
9." "	- -	o,8 %
keine Angabe	19 (8,9 %)	11,3 %
	214 (1oo %)	1oo %

7. Schwangerschafts- und Geburtsverlauf:

Die wichtigste aller Noxen, die zur Oligophrenie führt, ist nach LEMPP die Geburtsasphyxie. Nach MUELLER und TREIBER liegt der Anteil der cerebralen und intellektuellen Schädigungen durch eine Zangengeburt bei 3o %. Als perinatale Schädigungen sind noch speziell die Eklampsie in 24 % der Fälle zu nennen, die zu Oligophrenie oder Epilepsie führt.
Als pränatale Schädigungen kommen vor allem Viruserkrankungen der Mutter, Medikamente, ionisierende Strahlen, Blutungen während der Schwangerschaft und Toxoplasmose in Frage (LEMPP).
Postnatale Schäden werden in erster Linie durch Ernährungsstörungen ausgelöst. LANGE-COSACK beziffert den Anteil der Schwachsinnigen bei schweren Dystrophien auf 2o %. Bei Früh- und Mangelgeburten sowie bei Übertragungen sind die Kinder cerebralen Schädigungen vermehrt ausgesetzt.

Tabelle 53: Schwangerschaftsverlauf.

	oligophren		übrige (781)
Ohne patholog.Befund	153	(71,5 %)	77,2 %
Blutung o.drohender Abort	16	(7,5 %)	6,6 %
Schwere Erkrankungen während d.Schwangerschaft	14	(6,5 %)	3,1 %
Gestosen	15	(7,o %)	5,4 %
keine Angabe	16	(7,5 %)	7,7 %
	214	(1oo %)	1oo %

Bei den in Frage kommenden pränatalen Schädigungsformen wies die Gruppe der Oligophrenen gegenüber den anderen Patienten einen um 6 % höheren Prozentsatz an Blutungen, Gestosen usw. auf.

Tabelle 54: Geburtsverlauf.

	oligophren	übrige (781)
Geburt ohne Komplikationen	147 (68,7 %)	73,5 %
Sectio	8 (3,7 %)	3,7 %
Zangen- oder Vakuumextraktion	5 (2,3 %)	3,1 %
operative geburtshilfl. Maßnahmen	- -	o,5 %
Lageanomalien	17 (7,9 %)	5,4 %
sehr lang andauernde Geburt	19 (8,9 %)	6,1 %
keine Angaben	18 (8,4 %)	7,7 %
	214 (1oo%)	1oo %

8. Asphyxie:

Tabelle 55: Asphyxie post partum und andere Komplikationen.

	oligophren	übrige (781)
keine Komplikationen	1o5 (49,1 %)	54,8 %
Asphyxie		
bis zu 1 Stunde	52 (24,3 %)	22,8 %
mehr als 1 Stunde	8 (3,7 %)	1,o %
ohne Zeitangabe	21 (9,8 %)	6,4 %
cerebrale Krämpfe	7 (3,3 %)	1,7 %
Ikterus auf Grund von Rh-Unverträglichkeit	2 (o,9 %)	o,4 %
andere Ikterusformen	4 (1,9 %)	o,9 %
keine Angabe	15 (7,o %)	12,o %
	214 (1oo %)	1oo %

Der Geburtsverlauf war bei den oligophrenen Patienten gegenüber den übrigen um 4 % vermehrt pathologisch, bei den Asphyxien durchschnittlich um 1o %. Die direkte Gegenüberstellung in Tabelle 55 zeigt allerdings ein wesentlich deutlicheres Bild. So sind z.B. die Fälle von Asphyxien von mehr als 1 Stunde bei den Oligophrenen prozentual mehr als dreimal so häufig wie bei den 781 übrigen Patienten.

9. Geburtsgewicht:

Für das Geburtsgewicht ergaben sich bei den Oligophrenen folgende Zahlen:

Tabelle 56: Geburtsgewicht in Gramm.

	oligophren		übrige (781)
weniger als 1000	2	(o,9 %)	o,8 %
1000 - 1500	2	(o,9 %)	2,5 %
1500 - 2000	7	(3,3 %)	2,5 %
2000 - 2500	11	(5,1 %)	5,o %
2500 - 3000	21	(9,8 %)	7,8 %
3000 - 4000	7o	(32,7 %)	36,o %
4000 - 4500	21	(9,8 %)	9,1 %
mehr als 4500	1o	(4,7 %)	2,8 %
keine Angabe	7o	(32,7 %)	33,5 %
	214	(1oo %)	1oo %

Bei den Oligophrenen lag die Zahl der Frühgeburten sogar niedriger als bei allen Patienten zusammen (prozentual).

1o. Laufen:

Welche Auswirkungen die Oligophrenie möglicherweise auf die frühkindliche Entwicklung der Patienten gehabt hat, wollen wir anhand der Tabellen über das Laufen- und Sprechenlernen feststellen. Gefragt wurde, wie schon erwähnt, nach dem sogenannten "freien Laufen".

Tabelle 57: Laufen (Angaben in Monaten.

	oligophren		übrige (781)
noch nicht (nicht path.)	23	(1o,7 %)	3,4 %
1o - 13	47	(22,o %)	47,3 %
14 - 17	4o	(18,7 %)	18,5 %
18 - 21	28	(13,1 %)	6,2 %
22 - 25	29	(13, 6%)	4,2 %
26 - 29	4	(1,9 %)	o,8 %
3o - 33	9	(4,2 %)	o,2 %
34 - 37	13	(6,1 %)	1,2 %
keine Angabe	21	(9,8 %)	18,2 %
	214	(1oo %)	1oo %

Mit knapp 15 % ist der Anteil der Kinder, die verzögert laufen gelernt haben (nach 24 Monaten), erheblich erhöht. Ein Zusammenhang zwischen der Oligophrenie und der körperlich verzögerten Entwicklung ist sicher

nicht zu bestreiten (BONDY, COHEN, EGGERT und LUER, GOERTZ, KURZREITER, SCHOLZ-EHRSAM, WEGENER).

11. Sprechen:

Tabelle 58: Sprechen (Angaben in Monaten).

	oligophren	übrige (781)
noch nicht (nicht path.)	27 (12,6 %)	13,5 %
1o - 13	3o (14,o %)	31,9 %
14 - 17	15 (7,o %)	8,7 %
18 - 21	17 (7,9 %)	12,5 %
22 - 25	19 (8,9 %)	1o,1 %
26 - 29	3 (1,4 %)	1,7 %
3o - 33	4 (1,9 %)	1,4 %
34 - 37	18 (8,4 %)	2,6 %
keine Angabe	81 (37,9 %)	14,6 %
	214 (1oo %)	1oo %

Trotz des hohen Anteils von fehlenden Angaben ist auch hier sicher zu erkennen, daß die Sprachentwicklung ebenfalls verzögert verlaufen ist. Bei einem Drittel der Patienten, über die Angaben gemacht wurden, verlief die Sprachentwicklung verlangsamt. Gefragt wurde nach 3-Wort-Sätzen.

12. Entwicklungsumfeld:

Der Anteil der schwachsinnigen Kinder, die zu Hause aufwuchsen, war mit dem aller unserer Patienten identisch. Nur die Zahl der Heimkinder war im Verhältnis um das Doppelte erhöht.

Tabelle 59: Patient wuchs auf:

	oligophren	übrige (781)
zu Hause	183 (85,5 %)	86,o %
bei Verwandten	6 (2,8 %)	4,1 %
im Heim	17 (7,9 %)	3,6 %
keine Angabe	8 (3,7 %)	6,3 %
	214 (1oo%)	1oo %

13. Kindergartenbesuch:

Im Verhältnis besuchten etwa 13 % weniger Kinder von der Gruppe der Oligophrenen den Kindergarten. Möglicherweise haben die Eltern sie wegen Kontaktschwierigkeiten oder auch aus falscher Scham nicht in den Kindergarten geschickt, oder sie wurden dort nicht aufgenommen.

Tabelle 6o: Kindergartenbesuch.

	oligophren	übrige
nein	83 (38,8 %)	(38,3 %)
ja	49 (22,9 %)	(35,2 %)
keine Angabe	82 (38,3 %)	(26,5 %)
	214 (1oo %)	1oo %

14. Schule:

Bei den Fragen Einschulungsalter, Sitzenbleiben und Schulschwierigkeiten sind von vornherein Häufungen zur negativen Seite hin zu erwarten. (s. Tab. 61, S. 76).

Tabelle 61: Einschulungsalter.

	oligophren	übrige
noch nicht schulpflichtig	89 (41,6 %)	17,8 %
altersgemäß	37 (17,3 %)	63,1 %
zurückgestellt	28 (13,1 %)	6,1 %
mehrmals zurückgestellt	1o (4,7 %)	1,7 %
Einschulung in die Sonderschule	7 (3,3 %)	1,3 %
Umschulung in die Sonderschule	17 (7,9 %)	2,7 %
Lebenshilfe	14 (6,5 %)	o,9 %
keine Angabe	12 (5,6 %)	6,4 %
	214 (1oo %)	1oo %

Der Vergleich zeigt einerseits, daß fast die Hälfte der oligophrenen Patienten noch nicht schulpflichtig war gegenüber knapp einem Fünftel der Gesamtzahl der Patienten. Andererseits fällt der Anteil altersgemäß eingeschulter Kinder auf mit ca. 17 % bei vorher ca. 63 % der übrigen Patienten. - Wie schon vermutet, sind die Zahlen der Zurückstellungen und Umschulungen im Verhältnis erheblich erhöht, d.h. in diesem Fall doppelt bis dreimal so groß.

Tabelle 62: Sitzenbleiben.

	oligophren	übrige
Entfällt	1o5 (49,1 %)	31,9 %
ja	22 (1o,2 %)	8,7 %
nein	43 (2o,1 %)	58,7 %
keine Angabe	44 (2o,6 %)	o,7 %
	214 (1oo %)	1oo %

Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten lagen bei 3o,8 % der oligophrenen Patienten vor. Bei 7 % bestanden keine Schwierigkeiten, über den anderen Teil wurde keine Angabe gemacht oder die Antwort bzw. Frage entfiel.

Tabelle 63: Schulschwierigkeiten.

	oligophren	übrige
Entfällt	113 (52,8 %)	23,o %
ja	66 (3o,8 %)	29,o %
nein	15 (7,o %)	34,o %
keine Angabe	2o (9,4 %)	14,o %
	214 (1oo %)	1oo %

15. Somatische Befunde:

Wir haben dafür die neurologische Untersuchung, die Röntgenaufnahme des Schädels in 2 Ebenen, das EEG und die Echoencephalographie ausgewählt; die anderen durchgeführten Untersuchungen waren zahlenmäßig zu gering, als daß sich daraus irgendwelche Vergleiche anstellen ließen.

Tabelle 64: Neurologischer Befund.

	oligophren	übrige
pathol.Hirnbefund nicht vorhanden	188 (87,8 %)	83,4 %
Seitenbefund	3 (1,4 %)	1,8 %
Paresen und Plegien	7 (3,3 %)	7,9 %
Extrapyramidalbefund	- -	o,8 %
andere schwerwiegende neurologische Befunde	16 (7,5 %)	6,1 %
	214 (1oo %)	1oo %

Aus den obigen Vergleichen ergeben sich keinerlei Hinweise, die Deutungen zuließen.

Eine Röntgenuntersuchung wurde bei 198 der 214 Oligophrenen durchgeführt. Bei 147 wurde kein pathologischer Hinweis gefunden.

Tabelle 65: Röntgenaufnahme des Schädels in 2 Ebenen.

	oligophren	übrige
nicht durchgeführt	16 (7,5 %)	1o,5 %
ohne patholog.Befund	147 (68,7 %)	7o,1 %
Schädelmißbildungen	21 (9,8 %)	4,4 %
Asymmetrie	21 (9,8 %)	7,1 %
Hirndruckzeichen	4 (1,9 %)	1,3 %
Intracerebrale Verkalkung	4 (1,9 %)	1,9 %
Nebenhöhlenbefund	1 (o,5 %)	3,2 %
Fraktur	- -	1,2 %
Tumor	- -	o,3 %
	214 (1oo %)	1oo %

Bei Schädelmißbildungen, Asymmetrien und Hirndruckzeichen lassen sich eindeutige prozentuale Erhöhungen feststellen.

Elektroencephalographisch wurden 88,3 % der Oligophrenen untersucht. Etwas über die Hälfte der Untersuchten wies ein normales EEG auf.

Tabelle 66: Elektroencephalogramm.

	oligophren	übrige
nicht durchgeführt	25 (11,7 %)	9,8 %
normal	99 (46,3 %)	26,4 %
Dyssymmetrien	69 (32,2 %)	34,4 %
Seitenhinweis	5 (2,3 %)	1o,4 %
Herdbefund	9 (4,2 %)	8,2 %
Krampfstrompotentiale	4 (1,9 %)	1o,4 %
Kombination path.Befunde	3 (1,4 %)	o,4 %
	214 (1oo %)	1oo %

Aus diesem Vergleich ist eindeutig zu ersehen, daß die Oligophrenen gegenüber den anderen Patienten erheblich weniger pathologische EEG-Befunde hatten. Bei den Grenzbefunden liegt der Anteil fast gleich hoch, was wiederum die Aussagekraft von Grenzbefunden erheblich einschränkt. Die eindeutigen EEG-Befunde gehen sicher zu Lasten der Anfallsleiden und Psychosen, wie wir später sehen werden.

Bei über 5o % dieser Patientengruppe wurde kein Echoencephalogramm gemacht. Weitere 39,7 % der Befunde waren normal, 8,4 % pathologisch.

Tabelle 67: Echoencephalogramm.

	oligophren	übrige
nicht durchgeführt	111 (51,9 %)	47,3 %
normal	85 (39,7 %)	46,8 %
pathologisch	18 (8,4 %)	5,9 %)
	214 (1oo %)	1oo %

16. HAWIK bzw. HAWIE:

Bei der folgenden Aufteilung unserer oligophrenen Patienten in die verschiedenen IQ-Graduierungen ist zu berücksichtigen, daß eine einigermaßen objektive Beurteilung mit standardisierten Tests der intellektuellen Leistungsfähigkeit erst nach dem 4. Lebensjahr möglich ist. Verfahren, die vor dem 4. Lebensjahr angewandt werden können geben meistens nur Hinweise auf den Entwicklungsquotienten. Ungefähr 5o oligophrene Patienten waren bis zu 4 Jahre alt. Das erklärt unter anderem den relativ hohen Anteil

von 8o Patienten, bei denen keine IQ-Bestimmung nach HAWIK durchgeführt wurde. Außerdem war es bei vielen Patienten auf Grund ihrer intellektuellen Schädigung von vornherein unmöglich, sie überhaupt zu testen. Daher ist der Anteil der untersten IQ-Bereiche wohl wesentlich höher anzusetzen.
Nach den durchgeführten IQ-Bestimmungen ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 68: HAWIK bzw. HAWIE.

	oligophren	übrige
nicht getestet	8o (37,4 %)	4o,8 %
IQ unter 6o	45 (21,o %)	6,8 %
zwischen 61 - 7o	33 (15,4 %)	3,3 %
" 71 - 8o	23 (1o,7 %)	4,7 %
" 81 - 9o	24 (11,2 %)	7,9 %
" 91 - 11o	9 (4,3 %)	24,5 %
" 111 - 12o	- -	8,3 %
mehr als 12o	- -	3,7 %
	214 (1oo %)	1oo %

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal betonen, daß wir die Gegenüberstellung der Gesamtheit unserer Patienten mit den einzelnen Krankheitsgruppen nicht als objektiv betrachten. Wir tun dies, um möglicherweise vorkommende Häufungen, die in der Literatur beschrieben werden, auch bei unserem Patientenmaterial festzustellen.

Dabei ist weiterhin zu berücksichtigen, daß einerseits die einzelne Krankheitsgruppe kein statistisches Querschnittsmaterial darstellt und andererseits auch nicht die Gesamtheit der 995 Patienten.

Der "Vergleich" der Oligophrenen mit der Gesamtheit der Patienten ergab kaum sichtbare Häufungen, selbst wenn nicht die Gesamtheit der Patienten gegenübergestellt, sondern jedesmal die Zahl der Oligophrenen von 214 abgezogen würde.
Mit anderen Worten: das Augenmerk sollte in erster Linie auf die jeweilige Krankheitsgruppe gerichtet sein. Korrelationen sind bei kritischer Betrachtung nicht aufrecht zu erhalten. Diesen Anspruch wollten wir keineswegs erheben, wie wir aber auch früher schon herausgestellt haben.

II. Anfallskranke.

Die zahlenmäßig größte Krankheitsgruppe stellten bei unseren Erhebungen die Anfallsleiden mit 264 Fällen.

Nach LUTZ gibt es zwei Arten der Epilepsie:

1. genuin-idiopathische,
2. symptomatische.

Das Verhältnis soll 5o : 5o betragen.

Nach DREYER sind für die symptomatische Epilepsie zum Beispiel folgende Ursachen verantwortlich: Encephalomeningitis, Tumoren, Toxoplasmose, Hirnsklerose, Sturge-Weber-Krabbe-Syndrom, pränatale Ernährungsstörungen, exogene und endogene Vergiftungen, akute Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen.

Die Häufigkeit für das Auftreten der Epilepsie gibt LANDOLT mit 4 - 6 Fällen auf je tausend Einwohner an. MATTHES schätzt die Zahl der Epileptiker in der Bundesrepublik Deutschland auf ca. 25o.ooo. Außerdem betont er, daß bestimmte unphysiologische Reize bei jedem Menschen einen epileptischen Anfall auslösen können. Nach seiner Ansicht ist bei 75 % der Epileptiker die Krankheit schon vor dem 2o. Lebensjahr manifest.

Ähnliche Angaben lassen sich bei LUTZ finden, der manifeste Epilepsien bis zum 2o. Lebensjahr mit 66 % aller ansetzt.

Geistige Schäden sind auf die Dauer bei unbehandelten Patienten nicht auszuschließen. LENNOX fand bei einem Kollektiv von 19o5 Epileptikern ca. 33 % geistig reduzierte, BAMBERGER und MATTHES fanden bei ihren Untersuchungen einen Anteil von ca. 25 %. PREUSCHE und SAUERBREI geben ebenfalls 25 % an. Sicher ist dafür die Tatsache verantwortlich, daß Demenzprozesse schon nach wenigen Anfällen bei Kindern einsetzen können (LUTZ). Frühzeitige Behandlung kann jedoch, frühzeitige Diagnostik vorausgesetzt, Demenzerscheinungen verhindern oder sogar das Anfallsleiden ausheilen (BAMBERGER und MATTHES).
In den letzten Jahren nimmt die traumatische Epilepsie als Folge von Schädel-Hirnverletzungen immer mehr zu. Nach Untersuchungen von LUTZ führen 29 % der offenen Hirnverletzungen zu traumatischer Epilepsie und 34,7 % der Spätepilepsien sind traumatischer Natur.
Häufig tritt die traumatische Epilepsie erst 3 - 5 Jahre nach dem Unfallereignis ein.

Wir wollen und können an dieser Stelle nicht auf die einzelnen Formen der Anfälle eingehen. Sie werden in der

zahlreichen Spezialliteratur genau beschrieben (AJMONE-MARSAN und ABRAHAM, BAMBERGER und MATTHES, DOOSE, FÜNFGELD, PENIN usw.).

Allerdings sollte vermerkt werden, daß immer noch Vorurteile der Gesellschaft gegenüber den Anfallskranken bestehen, auf die STOLLREITER hinweist. An anderer Stelle meint sie, daß "vernünftiges" Verhalten gegenüber Anfallskranken auch schon jahrelang bestehende Störungen zu korrigieren bzw. abzubauen vermag. Hiermit ist vor allem das Verhalten der Umwelt im weitesten Sinne gegenüber dem Kranken gemeint. Auf die therapeutischen Möglichkeiten bei Anfallskranken wollen wir ebenfalls nicht näher eingehen, sondern verweisen auch hier auf die umfangreiche Literatur. (BROSER, DOOSE, DREYER, GRÜTZNER, PENIN, JANTZ).

1. Geschlecht und Alter:

Von den 264 Kindern und Jugendlichen waren 119 Mädchen und 145 Jungen.

Tabelle 69: Geschlecht.

	Epileptiker	übrige
Mädchen	119 (45,1 %)	39,9 %
Jungen	145 (54,9 %)	6o,1 %
	264 (1oo %)	1oo %

Bei der Verteilung auf die Altersstufen von 1 - 18 Jahre ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 7o: Altersverteilung der Patienten.

1 Jahr alt	-	1o Jahre alt	24
2 Jahre "	4	11 " "	15
3 " "	4	12 " "	22
4 " "	1o	13 " "	23
5 " "	15	14 " "	2o
6 " "	6	15 " "	21
7 " "	11	16 " "	26
8 " "	22	17 " "	9
9 " "	25	18 " "	7
	97		167
	= zus. 264		

Bei unseren Patienten ließ sich auch nicht annähernd die Angabe von LUTZ bestätigen, daß 1/3 der Epilepsien vor dem 1o. Lebensjahr, ein weiteres Drittel bis zum 2o. Lebensjahr und das restliche Drittel danach auftreten würde.

Die Erhebung nach dem Wohnort der Eltern, Beruf des Vaters und Berufstätigkeit der Mutter wollen wir hier nicht anführen, da sie uns für diese Krankheitsgruppe nicht wesentlich erscheint.

Das gleiche gilt für den Status des Kindes. Diese Erhebungen spielen in der Gruppe der Verhaltensgestörten die größte Rolle, wo wir sie wieder aufnehmen werden.

2. Schwangerschaft:

Wichtig dagegen ist die Frage nach dem Schwangerschaftsverlauf, mit der wir den nächsten Abschnitt beginnen möchten.

Tabelle 71: Schwangerschaftsverlauf.

	Epileptiker	übrige
Ohne pathol. Befund	2o3 (76,9 %)	75,4 %
Blutung oder drohender Abort	19 (7,2 %)	6,8 %
schwere Erkrankungen während d.Schwangerschaft	7 (2,7 %)	4,4 %
Gestose	19 (7,2 %)	5,2 %
keine Angabe	16 (6,1 %)	8,2 %
	264 (1oo %)	1oo %

Bei der hohen Zahl von 2o3 Schwangerschaften ohne Besonderheiten deutet bei der Multicausalität cerebraler Anfallsleiden nichts auf schwere pränatale Schädigungen der Kinder hin.

3. Geburtsverlauf und -gewicht:

Tabelle 72: Geburtsverlauf.

	Epileptiker	übrige
Geburt ohne Komplikationen	2oo (75,8 %)	71,8 %
Sectio	1o (3,8 %)	3,4 %
Zangen- oder Vakuum-extraktion	6 (2,3 %)	3,2 %
nach operativen geburts-hilflichen Maßnahmen	1 (o,4 %)	o,3 %
Lageanomalie	18 (6,8 %)	5,6 %
sehr lang dauernde Geburt	12 (4,5 %)	7,3 %
keine Angabe	17 (6,4 %)	8,4 %
	264 (1oo %)	1oo %

Auch hierbei zeigt die Gruppe der Epileptiker keine besonderen Abweichungen von den übrigen Patienten.

Tabelle 73: Geburtsgewicht in Gramm.

	Epileptiker	übrige
weniger als 1000	1 (0,4 %)	0,9 %
1000 - 1500	6 (2,3 %)	2,1 %
1500 - 2000	6 (2,3 %)	2,6 %
2000 - 2500	16 (6,1 %)	4,8 %
2500 - 3000	18 (6,8 %)	8,9 %
3000 - 4000	102 (38,6 %)	34,1 %
4000 - 4500	22 (8,2 %)	10,0 %
mehr als 4500	8 (3,0 %)	3,3 %
keine Angabe	85 (32,2 %)	33,3 %
	264 (100 %)	100 %

4. Laufen und Sprechen:

Wie aus Tabelle 74 zu erstehen ist, sind bei den Epileptikern nur geringe Abweichungen von der Gesamtheit nach oben und unten festzustellen.

Tabelle 74: Laufen (Angaben in Monaten).

	Epileptiker		übrige
Noch nicht (nicht path.)	5	(1,9 %)	6,2 %
1o - 13	116	(43,9 %)	38,6 %
14 - 17	6o	(22,7 %)	18,9 %
18 - 21	25	(9,5 %)	7,1 %
22 - 25	15	(5,7 %)	6,4 %
26 - 29	1	(o,4 %)	1,3 %
3o - 33	1	(o,4 %)	1,3 %
34 - 37	5	(1,9 %)	2,4 %
keine Angabe	36	(13,6 %)	17,8 %
	264	(1oo %)	1oo %

Tabelle 75: Sprechen (Angaben in Monaten).

	Epileptiker		übrige
noch nicht (nicht path.)	15	(5,7 %)	16,4 %
1o - 13	89	(33,7 %)	27,4 %
14 - 17	24	(9,1 %)	8,8 %
18 - 21	4o	(15,2 %)	1o,5 %
22 - 25	27	(1o,2 %)	9,5 %
26 - 29	6	(2,3 %)	1,5 %
3o - 33	6	(2,3 %)	1,4 %
34 - 37	13	(4,9 %)	3,7 %
keine Angabe	44	(16,7 %)	2o,8 %
	264	(1oo %)	1oo %

Wie zu erwarten war, ließen sich bei den Tabellen 73 bis 75 keine Auffälligkeiten für die Anfallskranken nachweisen. Entsprechende Ergebnisse sind auch für den nächsten Komplex zu erwarten, der unsere Erhebungen über das Vorschul- und Schulalter umfaßt.

5. Entwicklungsumfeld und Kindergarten:

Tabelle 76: Patient wuchs auf:

	Epileptiker	übrige
Zu Hause	233 (88,3 %)	84,8 %
bei Verwandten	13 (4,9 %)	3,5 %
im Heim	2 (o,8 %)	5,7 %
keine Angabe	16 (6,1 %)	6,o %
	264 (1oo %)	1oo %

Bemerkenswert ist in der folgenden Aufschlüsselung der Frage nach dem Kindergartenbesuch, daß fast keine Unterschiede zu den übrigen Patienten besteht. Es sind sogar fast 3 % mehr in den Kindergarten gegangen. Das scheint doch darauf hinzudeuten, daß bei vielen Patienten das Leiden erst im Schulalter manifest wurde, da die Kindergärten sich in seltenen Fällen mit Anfallskindern belasten.

Tabelle 77: Kindergartenbesuch.

	Epileptiker	übrige
nein	1o4 (39,4 %)	38,o %
ja	91 (34,8 %)	32,o %
keine Angabe	68 (25,8 %)	3o,o %
	264 (1oo %)	1oo %

Ob unsere Vermutung in Bezug auf das spätere Auftreten der Epilepsie richtig ist, wird sich indirekt zeigen, wenn bei den Anfallskindern zunehmend Schulschwierigkeiten auftreten.

6. Schule:

Tabelle 78: Einschulungsalter.

	Epileptiker	übrige
noch nicht schulpflichtig	4o (15,2 %)	25,8 %
altersgemäß	16o (6o,6 %)	5o,7 %
zurückgestellt	22 (8,3 %)	7,3 %
mehrmals zurückgestellt	4 (1,5 %)	2,8 %
Einschulung i.d.Sondersch.	2 (o,5 %)	1,8 %
Umschulung i.d.Sondersch.	12 (4,5 %)	3,6 %
Lebenshilfe	4 (1,5 %)	2,3 %
keine Angabe	2o (7,6 %)	5,7 %
	264 (1oo %)	1oo %

Auch die Tabelle 78 zeigt, daß sich keine entscheidenden Abweichungen ergeben haben.

Tabelle 79: Sitzenbleiben.

	Epileptiker	übrige
Entfällt	49 (18,6 %)	41,8 %
ja	2o (7,6 %)	9,6 %
nein	155 (58,7 %)	47,3 %
keine Angabe	4o (15,1 %)	1,3 %
	264 (1oo %)	1oo %

Die Epileptiker lagen eindeutig besser als die Gesamtheit der Patienten; dabei sollte jedoch der große Anteil der Oligophrenen nicht vergessen werden, der den Durchschnitt doch stark nach unten drückt. Außerdem bleiben Kinder in der Sonderschule oft längere Zeit in einer der Schulgruppen, ohne daß dies als Sitzenbleiben definiert wird.

Tabelle 8o: Schulschwierigkeiten.

	Epileptiker	übrige
Entfällt	54 (2o,5 %)	31,o %
ja	63 (23,9 %)	32,o %
nein	85 (32,2 %)	27,4 %
keine Angabe	62 (23,5 %)	9,6 %
	264 (1oo %)	1oo %

Wir konnten feststellen, daß unsere Vermutung nicht richtig war, unsere Kinder mit Anfallsleiden hätten mehr Schwierigkeiten in der Schule als der Durchschnitt der übrigen Patienten.

7. Somatische Befunde:

Von besonderem Interesse sind dabei natürlich die Untersuchungsergebnisse des EEG. Beginnen möchten wir jedoch mit den Ergebnissen des neurologischen Befundes.

Tabelle 81: Neurologischer Befund.

	Epileptiker	übrige
path. Hirnbefund nicht vorhanden	251 (95,o %)	8o,9 %
Seitenbefund	2 (o,8 %)	1,9 %
Paresen und Plegien	3 (1,1 %)	9,o %
Extrapyramidalbefund	- -	o,7 %
andere schwerwiegende neurologische Befunde	8 (3,o %)	7,5 %
	264 (1oo %)	1oo %

Zweifellos resultieren die relativ hohen Prozentzahlen der neurologisch-pathologischen Befunde, die sich bisher weder bei den Oligophrenen noch hier bestätigen ließen, zum Teil aus dem Teil der Patienten, der wegen rein neurologischer Erkrankungen aufgenommen wurde - das waren immerhin 78 Fälle.

Tabelle 82: Röntgenaufnahme des Schädels in 2 Ebenen.

	Epileptiker	Übrige
nicht gemacht	26 (9,8 %)	9,8 %
ohne patholog.Befund	193 (73,1 %)	68,9 %
Schädelmißbildungen	8 (3,o %)	6,3 %
Asymmetrie	24 (9,1 %)	7,2 %
Hirndruckzeichen	2 (o,8 %)	1,6 %
intracerebrale Verkalk.	3 (1,1 %)	2,1 %
Nebenhöhlenbefund	8 (3,o %)	2,4 %
Fraktur	- -	1,2 %
Tumor	- -	o,3 %
	264 (1oo %)	1oo %

Aus der obigen Tabelle ist nur zu ersehen, daß die Röntgenaufnahme des Schädels zur Diagnostik bzw. Klärung der Ätiologie nur bedingt heranzuziehen ist, wie nicht anders zu erwarten war.

Die Ergebnisse der für Anfallsleiden wichtigsten technischen Untersuchungen - die EEG-Untersuchung - folgen anschließend.

Tabelle 83: Elektroencephalogramm.

	Epileptiker		übrige (731)
nicht durchgeführt	1	(o,4 %)	14,6 %
normal	21	(8,o %)	38,1 %
Dyssymmetrien	75	(28,4 %)	34,9 %
Seitenhinweis	45	(17,o %)	5,3 %
Herdbefund	35	(13,3 %)	5,3 %
Krampfstrompotentiale	83	(31,4 %)	1,8 %
Kombination pathologischer Befunde	4	(1,6 %)	o,2 %
	264	(1oo %)	1oo %

Aus dieser Tabelle kann man ersehen, daß das EEG der Epileptiker zu über 6o % eindeutig pathologisch war. Mit den Dyssymmetrien steigt dieser Anteil sogar auf über 9o % an.

Wir sehen bei dieser Gegenüberstellung, daß die schwerwiegenden pathologischen EEG-Befunde überwiegend bei den Epileptikern aufgetreten waren, wie es natürlich zu erwarten gewesen ist.

Nach LUTZ weisen 2o % der klinisch sicheren Epileptiker in anfallsfreien Intervallen einen negativen EEG-Befund auf.

Bei unseren Patienten wurde dieser Satz nicht bestätigt, jedoch muß dabei berücksichtigt werden, daß Dyssymmetrien nicht unbedingt als sicher pathologische Befunde angesehen werden können, und daß wiederholte EEG-Untersuchungen auch mit Provokationsmethoden durchgeführt wurden.

Ein Echoencephalogramm wurde bei 184 der anfallskranken Kinder und Jugendlichen angefertigt. Bei 28 Patienten wurde ein pathologisches Echo-Encephalogramm gefunden.

Tabelle 84: Echoencephalogramm.

	Epileptiker	übrige
nicht durchgeführt	8o (3o,3 %)	54,9 %
normal	156 (59,1 %)	4o,2 %
pathologisch	28 (1o,6 %)	4,9 %
	264 (1oo %)	1oo %

Hierbei zeigt sich ein leichter Anstieg der pathologischen Befunde gegenüber den anderen Patienten.

8. HAWIK bzw. HAWIE:

An das Ende dieses Abschnittes möchten wir die Aufteilung in die einzelnen IQ-Bereiche stellen. Bei 99 der 264 Epileptiker wurde keine IQ-Bestimmung durchgeführt.

Tabelle 85: HAWIK bzw. HAWIE.

	Epileptiker	übrige
nicht durchgeführt	99 (37,5 %)	4o,5 %
unter 6o	25 (9,4 %)	9,8 %
zwischen 61 - 7o	1o (3,7 %)	6,7 %
" 71 - 8o	18 (6,8 %)	5,6 %
" 81 - 9o	31 (11,8 %)	8,6 %
" 91 - 11o	55 (2o,9 %)	19,6 %
" 111 - 12o	2o (7,6 %)	6,1 %
mehr als 12o	6 (2,3 %)	3,1 %
	264 (1oo %)	1oo %

Nach LENNOX ist bei Anfallsleiden mit geistiger Reduzierheit bei ca. einem Drittel der Patienten zu rechnen. Bei unserem Kollektiv von ca. 15o Patienten, bei denen der IQ bestimmt wurde, war das Verhältnis von geistiger Redu-

ziertheit zum Normalen etwa 5o : 5o. Inzwischen ist man in der Lage, auf Grund besserer Diagnostik gegenüber den vergangenen Jahren Anfallsleiden früher zu erkennen; hinzu kommt, daß wirksamere Medikamente zur Verfügung stehen, um die Anfallskranken dauerhaft und sicher einzustellen. Dadurch ist erreicht worden, die Demenzprozesse erheblich herabzusetzen.

Intelligenzminderungen, die durch iktogene Schäden hervorgerufen wurden, haben nach LENNOX zwischen 1942 -196o um ca. 5o % abgenommen.

Nach STOLLREITER bestehen keine grundsätulichen Unterschiede in der intellektuellen Leistungsfähigkeit zwischen Anfallskranken und dem Durchschnitt.

Auf die spezifischen Leistungs- und Verhaltensstörungen hat in letzter Zeit FREUDENBERG hingewiesen. Das Schul- und Berufsschicksal anfallskranker Kinder und Jugendlicher wurde von FUNK untersucht.

III. Psychogene Erkrankungen.

In diesem Abschnitt besprechen wir unsere Ergebnisse über die Verhaltensstörungen. Wir nehmen die Ziffer 18 unserer Einzeldiagnosen - Retardierung und Reifungsasynchronien - mit auf, während wir die Psychopathien - Ziffer 26 -, die bei dem Summendiagnosenschema mit unter psychogenen

Erkrankungen erscheinen, nicht mit berücksichtigen.

Unter den Begriff psychogene Erkrankungen fallen z.B. Störungen in erzieherischer Hinsicht, Enuresis, Enkopresis, Pubertätsmagersucht, Masturbation, Tics, Suicidversuche usw.

Die auslösenden Faktoren für die Verhaltensstörungen sind vielschichtig. Grundsätzlich ist das Fehlverhalten, oder was als solches angesehen wird, eine Reaktion des Kindes auf Umwelteinflüsse. Dabei kann einerseits die psychische "Grundlage" des Kindes gestört sein, so daß es auf normale Umwelteinflüsse abnorm reagiert, oder aber die Umwelteinflüsse sind derart negativ, daß sie bei dem Kind Verhaltensstörungen auslösen. Schließlich können natürlich auch beide Faktoren zusammenkommen, was wesentlich stärkeres Fehlverhalten zur Folge hat.

ZÜBLIN spricht bei den Erziehungsschwierigkeiten von solchen, die die Kinder den Erziehern bereiten und solchen, die sie mit sich selber haben. Diese Definition lehnt sich deutlich an die Untersuchungen von KURT SCHNEIDER über die Psychopathien an (K.SCHNEIDER: "Klinische Psychopathologie").

LUTZ stellt als wichtigsten Faktor für die Entwicklung des Kindes die Mutter-Kind-Beziehung heraus. Zum Beispiel führen nach seiner Meinung Mütter, die unreif, unwissend, labil, krankhaft oder unausgeglichen sind, zu psychischen Störungen bei ihren Kindern.

KRETSCHMER spricht von der "essentiellen Labilität der Persönlichkeit"; d.h. Umwelteinflüsse können erst dann zu Psychopathien führen, wenn eine erhebliche Disposition bzw. Neurosepotenz besteht.

LEMPP betont unter anderem die Bedeutung der Wunschbefriedigung bzw. -Versagung bei den Kindern. Dabei können gleichermaßen übermäßige Wunschbefriedigung wie -Versagung zu psycho-reaktiven Störungen führen.

Die Enuresis als eine der psychogenen Störungen wird nach LUTZ am häufigsten durch falsche Sauberkeitserziehung ausgelöst, die entweder zu früh oder zu spät einsetzt. Teilweise scheint sie auch familiär bedingt zu sein.

Nach FRANCONI liegt bei 2o % der Enuretiker eine körperliche Störung zugrunde. Neuropathische, vegetativ gespannte Kinder nässen nicht selten ein. Für die Enuresis nocturna scheint der wichtigste Faktor die Konstellation

von Schlaftiefe, Schlafrhythmus und Blasentonus zu sein (LEMPP).

Bei der Enkopresis sind organische Faktoren häufiger als bei der Enuresis, wie zum Beispiel ein Megacolon, jedoch stehen auch hier die psychisch-reaktiven Störungen im Vordergrund (MEYERHOFF).

Die Pubertätsmagersucht ist fast ausschließlich auf Mädchen beschränkt. Häufig scheint ihr eine bewußte oder unbewußte Ablehnung der körperlichen Reifung im Sinne einer Identifikationskrise zugrunde zu liegen (ZÜBLIN, LEMPP).

Daß Masturbation ein Symptom einer psychischen Störung sein muß, wird heute allgemein abgelehnt. Masturbation auch vor der Pubertät wird als normales Verhalten bezeichnet, das in keinem Fall schädliche Folgen nach sich zieht (ZÜBLIN, LEMPP).
DÜHRSSEN bezeichnet Masturbation bei Kindern aller Altersstufen als "Spielonanie". Ihrer Meinung nach beruht extrem häufiges Onanieren auf einer Spielhemmung und Kontaktstörung der Kinder. Excessive Masturbation ist als psychogen-neurotische Störung anzusehen.

1. Geschlecht und Alter:

Jungen sind psychisch offensichtlich wesentlich labiler als Mädchen. ZÜBLIN gibt ein Verhältnis bei psychischen Störungen für Mädchen und Jungen von 1 : 2-3 an.

Von den 995 Patienten, deren Krankenblätter wir ausgewertet haben, fielen insgesamt 2o9 unter unsere Summendiagnose psychogene Erkrankungen. Wie wir schon herausgestellt haben, berücksichtigen wir bei dieser getrennten Auswertung die Psychopathien nicht, so daß wir abzüglich dieser 14 Fälle eine Gesamtzahl von 195 Patienten übrig behielten.
Die weitaus größte Zahl dieser Patienten wurde wegen Schul- und Erziehungsschwierigkeiten und milieureaktiver Störungen stationär aufgenommen.
Die nächstgrößte Gruppe bildeten die Enuretiker mit 36 Fällen, außerdem kamen noch 3 Fälle von Enkopresis hinzu.
Einige Fälle von Pubertätsmagersucht, Masturbation, Tics und Suicidversuchen waren ebenfalls unter den Patienten.
Die Mehrzahl der verhaltensgestörten Kinder war männlichen Geschlechts, jedoch fanden wir nicht das Verhältnis von Mädchen zu Jungen wie 1 : 2-3, das ZÜBLIN für die psychogenen Störungen angibt, sondern ein Verhältnis von 2 : 3.

Tabelle 86: Geschlecht.

	Verhaltensgest.	übrige
Mädchen	78 (4o,o %)	41,5 %
Jungen	117 (6o,o %)	58,5 %
	195 (1oo %)	1oo %

Die Altersverteilung der Patienten sah folgendermaßen aus:

Tabelle 87: Altersverteilung (in Jahren).

1 Jahr alt	1	1o Jahre alt	12
2 Jahre "	1	11 " "	12
3 " "	2	12 " "	26
4 " "	3	13 " "	17
5 " "	11	14 " "	17
6 " "	6	15 " "	21
7 " "	15	16 " "	11
8 " "	18	17 " "	5
9 " "	12	18 " "	5
	69		126

= zus.: 195

Aus dieser Verteilung ist deutlich zu ersehen, daß die Verhaltensstörungen einen ersten Gipfel zwischen dem 5. - 8. Lebensjahr und einen weiteren Gipfel zwischen dem 12. - 15. Lebensjahr aufweisen.

2. Berufstätigkeit der Mutter und Beruf des Vaters:

Fast genau 1/6 der Mütter der Patienten war berufstätig und damit prozentual ca. 5 % mehr als bei den übrigen Patienten.

Tabelle 88: Berufstätigkeit der Mutter.

	Verhaltensgest.	übrige
nein	123 (63,1 %)	55,8 %
ja	33 (16,9 %)	11,4 %
keine Angabe	39 (2o,o %)	32,8 %
	195 (1oo %)	1oo %

Bei den Berufen der Väter der Kinder fällt auf, daß der Anteil der Akademiker in dieser Gruppe gegenüber den anderen wesentlich höher liegt.

Tabelle 89: Beruf des Vaters.

	Verhaltensgest.	übrige
Ohne Beruf oder keine Angabe	35 (18,o %)	14,1 %
Hilfsarbeiter, Anlernlinge	45 (23,1 %)	19,5 %
Handwerker, Angestellter	82 (42,1 %)	51,6 %
Fachschulbildung, mittl. Angestellter	19 (9,7 %)	9,5 %
Akademiker, leitend.Ange.	9 (4,6 %)	2,5 %
Rentner	5 (2,6 %)	2,8 %
	195 (1oo %)	1oo %

3. Familienstatus:

Der Status der verhaltensgestörten Kinder sah folgendermaßen aus:

Tabelle 9o: Status der Kinder.

	Verhaltensgest.		Übrige
Kind aus Normalehe	15o	(76,9 %)	76,o
uneheliches Kind	12	(6,2 %)	3,5
Pflegekind	1	(o,5 %)	o,8
Adoptivkind	-	-	o,7
Halbwaise ohne Vater	11	(5,6 %)	3,8
Halbwaise ohne Mutter	4	(2,1 %)	o,7
hat Stiefvater	1	(o,5 %)	o,5
hat Stiefmutter	1	(o,5 %)	1,5
Eltern geschieden	-	-	4,5
Vollwaise	3	(1,5 %)	o,4
keine Angabe	12	(6,2 %)	7,6
	195	(1oo %)	1oo %

Auch in diesem Fall zeigten sich bei den Verhaltensgestörten kaum nennenswerte Abweichungen oder Auffälligkeiten.

4. Entwicklungsumfeld und Kindergarten:

Wir möchten hier erst wieder mit den Ergebnissen fortfahren, die wir bei den Erhebungen über das Zuhause, den Kindergartenbesuch usw. gewonnen haben.

Tabelle 91: Patient wuchs auf

	Verhaltensgest.	übrige
Zu Hause	164 (84,1 %)	86,o %
bei Verwandten	8 (4,1 %)	3,9 %
im Heim	16 (8,2 %)	3,5 %
keine Angabe	7 (3,6 %)	6,6 %
	195 (1oo %)	1oo %

Aus der vorstehenden Tabelle ist deutlich zu ersehen, daß die Kinder, die im Heim aufgewachsen sind, für psychogene Störungen stark anfällig sind. Von insgesamt 44 Heimkindern sind 16 verhaltensgestört. Inwieweit das Milieu im Heim sich negativ auf die Kinder ausgewirkt hat oder überhaupt negativ war, kann an dieser Stelle nicht untersucht werden. Es besteht aber kein Zweifel daran, daß das Milieu in vielen Heimen für das Zustandekommen von Verhaltensstörungen auf Grund frühkindlicher Deprivation (Hospitalismus) verantwortlich ist. Für diese Fälle und auch für negative

familiäre Umwelteinflüsse trifft LEMPP's Feststellung zu, daß Schwererziehbarkeit am Milieu geheilt werden müsse. Er trennt dabei zwischen scheinbarer und echter Schwererziehbarkeit, wovon letztere häufig durch organische Schädigung bedingt ist, einer Störung des Trieb-Hemmungsgleichgewichts, seltener durch Intelligenzmangel.

Nach GOTTLIEB kommen als organische Schädigungen, die Verhaltensstörungen auslösen, vor allem vorhergegangene Schädelhirntraumen, entzündliche oder andere Schädigungen des Gehirns in Frage.

Von den Verhaltensgestörten gingen fast die Hälfte der Kinder in den Kindergarten.

Tabelle 92: Kindergartenbesuch.

	Verhaltensgest.	übrige
nein	64 (32,8 %)	4o,o %
ja	85 (43,6 %)	29,8 %
keine Angabe	46 (23,6 %)	3o,2 %
	195 (1oo %)	1oo %

Diese Zahl ist sehr hoch. Ausgerechnet von den Verhaltensgestörten gingen prozentual weit mehr in den Kindergarten als von der Gesamtpatientenzahl. Dies kann auf der von uns festgestellten besseren Struktur des Elternhauses beruhen.

4. Schule:

Ebenso unauffällig sind die Ergebnisse der Frage nach dem Einschulungsalter.

Tabelle 93: Einschulungsalter.

	Verhaltensgest.		übrige
noch nicht schulpflichtig	23	(11,8 %)	25,9 %
altersgemäß	142	(72,8 %)	48,8 %
zurückgestellt	9	(4,6 %)	8,3 %
mehrmals zurückgestellt	4	(2,1 %)	2,5 %
Einschulung i.d.Sondersch.	3	(1,5 %)	1,3 %
Umschulung i.d.Sondersch.	6	(3,1 %)	4,o %
Lebenshilfe	1	(o,5 %)	2,5 %
keine Angabe	7	(3,6 %)	6,7 %
	195	(1oo %)	1oo %

Offensichtlich sind Schwierigkeiten mit den Kindern, wie ja auch die Verteilung auf die einzelnen Altersstufen beweist, überwiegend erst nach dem Einschulungsalter aufgetreten.

Tabelle 94: Sitzenbleiben.

	Verhaltensgest.	übrige
Entfällt	37 (19,o %)	39,6 %
ja	4o (2o,5 %)	6,3 %
nein	111 (56,9 %)	48,8 %
keine Angabe	7 (3,6 %)	5,3 %
	195 (1oo %)	1oo %

Bei der vorstehenden Tabelle sieht man ein massives Ansteigen im negativen Bereich in Bezug auf die Verhaltensgestörten. Mehr als 25 % der Verhaltensgestörten, über die Angaben vorlagen, waren ein- oder mehrere Male in der Schule sitzen geblieben. Von 9o Patienten hatten wir diese Angabe über das Sitzenbleiben, 4o davon gingen zu Lasten dieser Patientengruppe.
Wir werden später sehen, ob diese Gruppe bei der IQ-Bestimmung auch Tendenzen in diese Richtung zeigt, oder ob dieses negative Ergebnis nicht auf Intelligenzmangel sondern überwiegend auf das Fehlverhalten zurückzuführen ist.

Tabelle 95: Schulschwierigkeiten.

	Verhaltensgest.	übrige
Entfällt	25 (12,8 %)	32,5 %
ja	1o8 (55,4 %)	23,5 %
nein	47 (24,1 %)	29,5 %
keine Angabe	15 (7,7 %)	14,5 %
	195 (1oo %)	1oo %

Aus Tabelle 95 läßt sich ablesen, daß der überwiegende Teil der Verhaltensgestörten wegen Schulschwierigkeiten in die Klinik kam. Gleichermaßen gilt das auch allgemein für Erziehungsschwierigkeiten.

6. Somatische Befunde:

An das Ende dieses Abschnittes stellen wir wieder die durchgeführten Untersuchungen und deren Befunde.

Tabelle 96: Neurologischer Befund.

	Verhaltensgest.	übrige
kein path. Hirnbefund vorhanden	182 (93,3 %)	82,5 %
Seitenbefund	4 (2,1 %)	1,5 %
Paresen und Plegien	5 (2,6 %)	8,o %
Extrapyramidalbefund	1 (o,5 %)	o,5 %
andere schwerwiegende neurologische Befunde	3 (1,5 %)	7,5 %
	195 (1oo %)	1oo %

Die pathologischen neurologischen Befunde fallen bei dieser Gruppe noch weniger ins Gewicht als bei der Gesamtheit der Patienten.

Tabelle 97: Röntgenaufnahme des Schädels in 2 Ebenen.

	Verhaltensgest.	übrige
nicht durchgeführt	19 (9,8 %)	9,8 %
Schädel ohne patholog. Befund	155 (79,5 %)	67,6 %
Schädelmißbildungen	3 (1,5 %)	6,5 %
Asymmetrie	11 (5,6 %)	8,3 %
Hirndruckzeichen	- -	1,6 %
intracerebrale Verkalkungen	4 (2,1 %)	2,3 %
Nebenhöhlenbefunde	3 (1,5 %)	3,o %
Frakturen	- -	o,7 %
Tumoren	- -	o,2 %
	195 (1oo %)	1oo %

Ebenfalls sagten die Röntgenaufnahmen des Schädels sehr wenig aus, wie man auch nicht anders erwarten konnte.

Dagegen soll nach JASPER bei Verhaltensgestörten die EEG-Untersuchung einen hohen Prozentsatz an pathologischen Befunden aufweisen. SCHNÜRIGER spricht von 5o - 8o % an abnormen EEG-Befunden bei reinen Verhaltensstörungen.
Wir werden sehen, inwieweit bei unseren Patienten dieser hohe Prozentsatz erreicht wird.

Tabelle 98: Elektroencephalogramm.

	Verhaltensgest.	übrige
nicht durchgeführt	24 (12,3 %)	9,5 %
normal	72 (36,9 %)	28,9 %
Dyssymmetrie u.Allgemeinveränderungen	82 (42,1 %)	31,4 %
Seitenhinweis	8 (4,1 %)	9,5 %
Herdbefund	4 (2,1 %)	8,7 %
Krampfstrompotentiale	1 (o,5 %)	11,5 %
Kombination pathologischer Befunde	3 (1,5 %)	o,5 %
	195 (1oo %)	1oo %

Wenn auch die Dyssymmetrien und Allgemeinveränderungen des EEG bei den Verhaltensgestörten im Vordergrund stehen, so ist der Prozentsatz von über 5o % eines abnormen EEG sicher ein Beweis, daß diese Veränderungen zum Bild des Verhaltensgestörten gehören. Wenn wir nur die Patientenzahl berücksichtigen, bei denen eine EEG-Untersuchung durchgeführt wurde (171), kommen wir auf einen Prozentsatz von 57,3 % pathologischer EEG-Befunde.

Damit liegt dieser Anteil in der von SCHNÜRIGER genannten Größenordnung.

Zum Abschluß der Untersuchungen noch die Echoencephalogramm-Befunde, die jedoch keinerlei Auffälligkeiten zeigten.

Tabelle 99: Echoencephalogramm.

	Verhaltensgest.	übrige
nicht durchgeführt	97 (49,8 %)	48,o %
normal	96 (49,2 %)	44,3 %
pathologisch	2 (1,o %)	7,7 %
	195 (1oo %)	1oo %

7. HAWIK und HAWIE:

Wesentlich aufschlußreicher und interessanter sind die IQ-Bestimmungen, die bei 152 Patienten angefertigt wurden.

Tabelle 1oo: HAWIK und HAWIE.

	Verhaltensgest.	übrige
nicht durchgeführt	43 (22,o %)	44,2 %
unter 6o	3 (1,5 %)	11,7 %
zwischen 6o - 7o	4 (2,1 %)	6,9 %
" 71 - 8o	7 (3,6 %)	6,4 %
" 81 - 9o	21 (1o,8 %)	9,1 %
" 91 - 11o	85 (43,6 %)	14,1 %
" 111 - 12o	18 (9,2 %)	5,8 %
mehr als 12o	14 (7,2 %)	1,8 %
	195 (1oo %)	1oo %

Hieraus kann man deutlich erkennen, daß Verhaltensstörungen kaum etwas mit Intelligenzmängeln zu tun haben. Berücksichtigt muß allerdings werden, daß Patienten mit einem IQ von unter 9o nach HAWIK oder HAWIE von uns im allgemeinen in die Gruppe der Oligophrenen eingeordnet wurden. Fast gleich große Anteile der Patienten lagen unter und über dem Durchschnitt. Von den 16,4 %, die darüber lagen, hatten sogar 14 Patienten einen IQ von mehr als 12o, das ist genau die Hälfte der Patienten, bei denen ein IQ-Wert von über 12o bestimmt wurde.

[illegible]

Wir fassen in diesem Abschnitt die Diagnosen Schizophrenie, Zyklothymien, affektive Psychosen unklarer Differentialdiagnose (STUTTE) und Autismus KANNER zusammen. Genau 3o Fälle fielen unter diese Diagnosen, davon waren mit 2o Fällen die Schizophrenien am häufigsten. Es folgten 6 Fälle von affektiver Psychose und je 2 Fälle von Zyklothymien und Autismus KANNER.

Nach Ansicht von STUTTE sowie LUTZ und anderen erfordert die Diagnose "Schizophrenie" bei Kindern vielfach eine monate- bis jahrelange Beobachtung des jeweiligen Falles. Das Hauptsymptom der Schizophrenie, das sich auch im Kindesalter grundsätzlich findet, ist die Beziehungsstörung. Vor der Pubertät bietet die Schizophrenie ein uneinheitliches Bild, während es danach der Erwachsenenschizophrenie ähnelt (LUTZ). Unter anderem sollen nach LUTZ häufig Sprachstörungen vorhanden sein, Halluzinationen treten selten auf. Er schätzt die Häufigkeit auf 1 : 10.000 bei Kindern, wovon 1/4 der Fälle bis zum Erwachsenenalter wieder gesund werden sollen.

BÜRGER-PRINZ vertritt die Ansicht, die Diagnose "Schizophrenie" könne erst dann gestellt werden, wenn ein irreparabler Persönlichkeitsdefekt vorliegt.

KANNER beschrieb erstmals 1943 den "early infantil autism", der nach ihm benannt wurde. Er reiht den Autismus unter kindliche Schizophrenie ein und weist unter anderem darauf hin, daß ein Drittel dieser Fälle das Sprechen nicht erlernt, er kann dafür aber keine Ursache nennen.

BENDER sieht im Autismus ebenfalls eine Form von kindlicher Schizophrenie und nimmt als Ursache eine Frustration des Kindes durch die Mutter an.

ASPERGER dagegen bezeichnet den Autismus als erbliche Charaktervariante, die der Schizophrenie nahekommt und reiht deshalb die von ihm beschriebenen Autismusformen unter die abnormen Persönlichkeiten ein.

Grundsätzlich ist wohl festzustellen, daß über die Zwangskrankheiten keine einheitlichen Meinungen vertreten werden, was die Problematik dieses Krankheitsbildes verdeutlicht. Teilweise werden anankastische Syndrome den Psychopathien, teilweise aber auch den Neurosen zugeordne

1. Geschlecht und Alter:

Von den 3o Fällen, die wir in unseren Erhebungen miterfaßten, waren je 15 Mädchen und Jungen. Bei Untersuchungen über 23 Fälle von Schizophrenien in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen von LEMPP und VOGEL ergab sich dort ein Verhältnis von Jungen zu

	Psychosen	übrige
Mädchen	15 (5o,o %)	59,1 %
Jungen	15 (5o,o %)	4o,9 %
	3o (1oo %)	1oo %

Die Altersverteilung bei unseren Patienten gibt jedoch ein interessantes Bild. Nur 3 der Patienten waren unter 1o Jahre alt, 17 zwischen 15 und 19 Jahre alt.

Tabelle 1o2: Altersverteilung (in Jahren).

1 Jahr alt	-	1o Jahre alt	3
2 Jahre "	-	11 Jahre "	1
3 Jahre "	-	12 Jahre "	2
4 Jahre "	-	13 Jahre "	1
5 Jahre "	-	14 Jahre "	3
6 Jahre "	-	15 Jahre "	8
7 Jahre "	1	16 Jahre "	4
8 Jahre "	1	17 Jahre "	2
9 Jahre "	1	18 Jahre "	2
		19 Jahre "	1
	3		27
	= zus. 3o		

2. Berufstätigkeit der Mutter und Beruf des Vaters:

Die soziale Situation des Elternhauses sah bei den 3o Patienten folgendermaßen aus:

Tabelle 1o3: Berufstätigkeit der Mutter.

	Psychosen	übrige
nein	14 (46,7 %)	57,7 %
ja	2 (6,6 %)	12,7 %
keine Angabe	14 (46,7 %)	29,6 %
	3o (1oo %)	1oo %

Die Ungenauigkeit dieser Angaben ist durch fehlende Daten im Krankenblatt leider sehr groß, ebenso die folgende Zusammenstellung über die Berufe der Väter.

Tabelle 1o4: Beruf des Vaters.

	Psychosen	übrige
Ohne Beruf oder keine Angabe	1o (33,4 %)	14,2 %
Hilfsarbeiter	4 (13,3 %)	2o,4 %
Handwerker, Angestellter	12 (4o,o %)	5o,1 %
Fachschule, mittlere Angest.	3 (1o,o %)	9,6 %
Akademiker, leit.Angest.	-	3,o %
Rentner	1 (3,3 %)	2,7 %
	3o (1oo %)	1oo %

3. Familienstatus:

Auch für die Psychosen wird die Bedeutung des Status der Patienten betont.

Tabelle 1o5: Status des Kindes.

	Psychosen	übrige
Kind aus Normalehe	18 (6o,o %)	76,8 %
uneheliches Kind	1 (3,3 %)	4,1 %
Adoptivkind	1 (3,3 %)	o,6 %
Pflegekind	1 (3,3 %)	o,6 %
Halbwaise ohne Vater	1 (3,3 %)	4,3 %
Halbwaise ohne Mutter	- -	1,o %
hat Stiefvater	- -	o,4 %
hat Stiefmutter	2 (6,7 %)	1,1 %
Vollwaise	- -	o,3 %
Eltern geschieden	2 (6,7 %)	3,6 %
keine Angabe	4 (13,4 %)	7,2 %
	3o (1oo %)	1oo %

Inwieweit der Status für dieses Krankheitsbild eine Rolle spielt, kann an dieser Stelle nicht untersucht werden, jedoch sieht man doch eine starke Erhöhung der anormalen häuslichen Verhältnisse. Von 26 bekannten Verhältnissen

entsprachen immerhin 8 - nicht ganz 5o % - nicht einer Normalfamilie. Die von LEMPP und VOGEL untersuchten 23 Fälle von Schizophrenie zeigten eine wesentlich auffälligere familiärsoziale Situation. Danach bestanden einzeln für sich oder auch zusammen:

1) in 1o Fällen erhebliche Störungen der familiären Situation;
2) in 11 Fällen fehlte der Vater;
3) in 3 Fällen waren die Kinder Vollwaise.

4. Schwangerschafts-, Geburtsverlauf und Asphyxie:

Im Anschluß wollen wir die prä-, peri- und postnatale Entwicklung dieser Patientengruppe aufschlüsseln.

Tabelle 1o6: Schwangerschaftsverlauf.

	Psychosen	übrige
Schwangerschaft ohne Auffälligkeiten	24 (8o,o %)	75,5 %
Blutungen oder drohender Abort	2 (6,7 %)	7,o %
schwere Erkrankungen während d.Schwangerschaft	1 (3,3 %)	4,o %
Gestose	- -	5,8 %
keine Angabe	3 (1o,o %)	7,7 %
	3o (1oo %)	1oo %

Nur 1o % der Mütter dieser Patientengruppe hatten in der Schwangerschaft irgendwelche Schwierigkeiten gehabt, entsprechend wenig sagt die Erhebung über den Geburtsverlauf aus.

Tabelle 1o7: Geburtsverlauf.

	Psychosen	übrige
Geburt ohne Komplikationen	23 (76,7 %)	72,6 %
Sectio	- -	3,5 %
Zangen- oder Vakuumextraktion	1 (3,3 %)	3,o %
nach operativen geburtshilflichen Maßnahmen	- -	o,3 %
Lageanomalie	2 (6,7 %)	6,o %
sehr lang dauernde Geburt	1 (3,3 %)	6,7 %
keine Angabe	3 (1o,o %)	7,9 %
	3o (1oo %)	1oo %

Anschließend die Ergebnisse der Frage nach Asphyxie post partum und anderen Komplikationen.

Tabelle 1o8: Asphyxie post partum und andere Komplikationen.

	Psychosen	übrige
keine Komplikationen	7 (23,3 %)	53,4 %
Asphyxie		
bis zu 1 Stunde	- -	23,o %
mehr als 1 Stunde	1 (3,3 %)	1,7 %
ohne Zeitangabe	- -	7,2 %
Cerebrale Krämpfe	- -	2,o %
Ikterus wegen Rh-Unverträglichkeit	- -	o,6 %
andere Ikteren	- -	1,1 %
keine Angabe	22 (73,4 %)	11,o %
	3o (1oo %)	1oo %

Auffallend ist bei den letzten Erhebungen eigentlich nur, daß die Zahl der Patienten, über die keine Angaben vorhanden waren, so groß ist.

5. Sprechen:

Wir wollen die Erhebungen über Geburtsgewicht und Laufe lernen herauslassen, die Tabelle über Sprechenlernen jedoch anführen, da KANNER die Zahl der Kinder, die un Autismus leiden, die nicht sprechen lernen, auf ein Drittel schätzt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen,

bei unseren Patienten nur 2 waren, die unter Autismus KANNER litten.

Tabelle 1o9: Sprechen (Angaben in Monaten).

	Psychosen	übrige
noch nicht (nicht pathol.)	- -	13,6 %
mit 1o - 13	13 (43,3 %)	29,3 %
14 - 17	3 (1o,o %)	8,5 %
18 - 21	2 (6,7 %)	11,8 %
22 - 25	2 (6,7 %)	9,7 %
26 - 29	- -	1,7 %
3o - 33	- -	1,6 %
34 - 37	1 (3,3 %)	4,o %
keine Angabe	9 (3o,o %)	19,8 %
	3o (1oo %)	1oo %

6. Entwicklungsumfeld und Kindergartenbesuch:

Wir möchten nun unsere Erhebungen über Kindergartenbesuch, Sitzenbleiben usw. ganz kursorisch anführen, ohne sie zu besprechen. Wir sind zwar der Ansicht, daß sich dabei nichts herauslesen läßt, möchten sie der

Vollständigkeit halber jedoch bringen.

Tabelle 11o: Patient wuchs auf:

	Psychosen	übrige
Zu Hause	24 (8o,o %)	85,8 %
bei Verwandten	2 (6,7 %)	3,9 %
im Heim	2 (6,7 %)	4,4 %
keine Angabe	2 (6,7 %)	5,9 %
	3o (1oo %)	1oo %

Tabelle 111: Kindergartenbesuch.

	Psychosen	übrige
nein	4 (13,3 %)	39,6 %
ja	11 (36,7 %)	31,9 %
keine Angabe	15 (5o,o %)	28,5 %
	3o (1oo %)	1oo %

7. Schule:

Tabelle 112: Einschulungsalter.

	Psychosen	übrige
noch nicht schulpflichtig	-	24,1 %
altersgemäß	23 (76,7 %)	52,4 %
zurückgestellt	1 (3,3 %)	7,5 %
mehrmals zurückgestellt	2 (6,7 %)	2,4 %
Einschulung i.d.Sonderschule	-	1,5 %
Umschulung i.d.Sonderschule	1 (3,3 %)	3,8 %
Lebenshilfe	- (-)	2,1 %
keine Angabe	3 (1o,o %)	6,2 %
	3o (1oo %)	1oo %

Tabelle 113: Sitzenbleiben.

	Psychosen	übrige
keine Angabe	3 (1o,o %)	4,8 %
entfällt	2 (6,7 %)	36,5 %
ja	6 (2o,o %)	8,7 %
nein	19 (63,3 %)	5o,o %
	3o (1oo %)	(1oo %)

Tabelle 114: Schulschwierigkeiten.

	Psychosen	übrige
entfällt	3 (1o,o %)	29,2 %
ja	8 (26,7 %)	29,8 %
nein	15 (5o,o %)	27,8 %
keine Angabe	4 (13,3 %)	13,2 %
	3o (1oo %)	1oo %

Eindeutig ist zu sehen, daß diese Tabellen sehr wenig Aufschluß geben.

8. Somatische Befunde:

Wir schließen nun noch die Erhebungen über die neurologischen Befunde, Röntgenaufnahmen des Schädels und des Elektroencephalogramms an.

Tabelle 115: Neurologischer Befund.

	Psychosen	übrige
kein path.Hirnbefund vorhand.	28 (93,4 %)	84,2 %
Seitenbefund	1 (3,3 %)	1,6 %
Paresen und Plegien	1 (3,3 %)	7,1 %
Extrapyramidalbefund	- -	o,5 %
andere schwerwiegende neurologische Befunde	- -	6,6 %
	3o (1oo %)	1oo %

Wie zu erwarten war, ließen sich nur 2 Fälle von pathologischen neurologischen Befunden erheben. Bei den Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen steigt dieser Anteil auf 6 Patienten an.

Tabelle 116: Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen.

	Psychosen	übrige
nicht durchgeführt	2 (6,7 %)	1o,o %
Schädel ohne pathol.Befund	22 (73,4 %)	69,6 %
Schädelmißbildungen	- -	5,7 %
Asymmetrie	4 (13,3 %)	7,6 %
Hirndruckzeichen	- -	1,5 %
intracerebrale Verkalkung	1 (3,3 %)	1,9 %
Nebenhöhlenbefund	1 (3,3 %)	2,6 %
Fraktur	- -	o,9 %
Tumor	- -	o,2 %
	3o (1oo %)	1oo %

Auffallend ist bei obiger Tabelle der relativ hohe Anteil an Schädelasymmetrien. Mit insgesamt 2o,o % pathologischer Befunde scheint eine deutliche Erhöhung vorzuliegen.

Ein Elektroencephalogramm wurde von 26 Patienten angefertigt, 8 davon waren normal, doppelt so viel zeigten Dyssymmetrien.

Tabelle 117: Elektroencephalogramm.

	Psychosen	Epileptiker	übr
nicht durchgeführt	4 (13,3 %)	o,4 %	1o,(
normal	8 (26,7 %)	8,o %	3o,4
Dyssymmetrien	16 (53,4 %)	28,4 %	32,(
Seitenhinweis	1 (3,3 %)	17,o %	8,(
Herdbefund	- -	13,3 %	7,(
Krampfstrompotentiale	1 (3,3 %)	31,4 %	9,(
Kombination pathologischer Befunde	- -	1,6 %	o,(
	3o (1oo %)	1oo %	1oo

Zwar läßt sich auch bei der elektroencephalographischen Untersuchung eine Erhöhung der pathologischen Befunde nachweisen, jedoch sind von diesen 6o % nur 6,6 % schwerwiegend, 54,4 % weisen lediglich Allgemeinveränderungen auf.

Zu dem speziellen Abschnitt über die Psychosen müssen wir feststellen, daß wir mit dem verwendeten Erhebungsbogen nicht die für die Zwangskrankheiten wichtigen Fragen zur Auswertung zur Verfügung hatten, so daß die Ergebnisse dieses speziellen Abschnittes wenig Aussagekraft beinhalten.

D. DISKUSSION DER ERGEBNISSE.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal auf die besondere Problematik dieser Arbeit eingehen. Wie wir schon mehrfach betont haben, hatten wir in der uns zugänglichen Literatur keine Veröffentlichungen mit entsprechender Thematik gefunden. In der Erwachsenenpsychiatrie bestehen inzwischen mehrere solcher Arbeiten, die jedoch nicht vergleichbar mit entsprechenden Erhebungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Wir waren deswegen in erster Linie auf die Standardliteratur angewiesen, um Vergleichsmaterial zu erhalten. Dieses Vergleichsmaterial war einerseits nicht sehr umfangreich und andererseits zu wenig speziell, um es auf unser Patientenmaterial beziehen zu können.

Es bestand also eine deutliche Diskrepanz zwischen unseren Erhebungen und den Angaben in der Literatur.

Zweifellos liegt das an der Art unserer Arbeit, denn es handelte sich dabei ja um die Aufgabe, mit Hilfe eines Erhebungsbogens sämtliche Patienten der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar vom 1.1.63 bis 31.12.67 zu erfassen. Diese Arbeit soll dazu dienen, einen statistischen Überblick über die Gesamtheit der Patienten zu ermöglichen

und die Tauglichkeit des verwendeten Erhebungsbogens nachzuweisen.

Wir haben den rein lokalen Charakter und Wert dieser Arbeit schon mehrfach unterstrichen, sind aber der Meinung, daß hiermit ein Überblick über die Patienten gegeben worden ist, der für die hiesige Klinik Aufschlüsse geben könnte, und auch gezeigt hat, daß der Erhebungsbogen in der von uns verwendeten Form nicht ausreichend ist.

Anschließend wollen wir noch einmal unsere Ergebnisse kurz zusammengefaßt diskutieren.

Aus dieser Arbeit, die sich auf das Patientenmaterial von vier Jahren stützt, lassen sich einige für die Homburger Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung wesentliche Erkenntnisse gewinnen.

Ein Drittel der Patienten stammt aus dem benachbarten Land Rheinland-Pfalz. Aus dem Landkreis Merzig kamen nur 26 Kinder. Dabei ist zu bedenken, daß in diesem Kreis die Saarländische Landesnervenklinik besteht.

55 % der Patienten stammten aus Heimatorten, die unter 5.000 Einwohner hatten.

Die Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen unter und über 10 Jahre war fast 1 : 1. Dagegen konnten wir feststellen, daß auch in der hiesigen Klinik die männlichen Patienten weitaus überwogen. Wir fanden zwar nicht ein Verhältnis von Jungen : Mädchen wie 2 : 1, das ZÜBLIN angibt, sondern bei unseren Patienten ermittelten wir ein Verhältnis von ca. 3 : 2.

Die meisten Patienten wurden vom Hausarzt überwiesen (476), gefolgt vom Nervenfacharzt (387). Die restlichen 132 Patienten wurden von 14 verschiedenen Stellen zur Untersuchung in die Klinik geschickt.

Daß der Aufenthalt in der Klinik bei dem Großteil der Patienten diagnostischen Zwecken diente, unterstreicht die Tatsache, daß 854 Kinder und Jugendliche nur einmal aufgenommen wurde.

Über die verschiedenen Berufsgruppen der Väter der Patienten läßt sich nur soviel sagen, daß keine auffälligen Häufungen festzustellen waren, das gilt ebenfalls für unsere speziellen Auswertungen der einzelnen Krankheitsgruppen.

Die Beantwortung der Frage nach der Berufstätigkeit der Mütter ist praktisch nicht verwertbar, da fast ein Drittel keine Angaben dazu gemacht hatten.

Für psychisch-reaktive Störungen macht STUTTE unter anderem den Status des Kindes, Stellung in der Geschwisterreihe und Einzelkind verantwortlich. Von den Patienten der Homburger Klinik stammten 17 % nicht aus "Normalehen".

Sehr hoch war der Anteil der Familien mit mehr als 3 Kindern. 424 der 995 Kinder hatten mehr als 2 Geschwister. Uns standen keine Vergleichszahlen der hiesigen Durchschnittsfamilien zur Verfügung, sicher spielt jedoch die hiesige Gesellschaftsstruktur dabei die ausschlaggebende Rolle. Einzelkinder waren 5,3 % der Patienten.

Überraschend hoch erscheint uns der Anteil der erstgeborenen Kinder. Sie stellten fast ein Drittel aller Patienten.

Der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf war in 17,o % bzw. 19,5 % der Fälle pathologisch. Hier liegt zweifellos eine Erhöhung gegenüber dem Durchschnitt vor. Das gilt ebenso für Asphyxien und andere Komplikationen post partum. In 37,5 % der Fälle traten Schwierigkeiten

nach der Geburt auf, überwiegend Asphyxien. Das s... die Meinung von LEMPP und anderen Autoren zu unterstreichen, die feststellen, daß für Oligophrenien Hirnschädigungen verantwortlich zu machen sind, die prä-, peri- und postnatal aufgetreten sind. Als Noxen kommen alle bei uns aufgeführten Möglichkeiten in Frage; wie Gestose, Zangengeburt und Asphyxie usw. In diese Richtung weist auch die Tatsache, daß 1o,5 % unserer Patienten Frühgeburten waren.

Die frühkindliche Entwicklung der Patienten beim Laufen- und Sprechenlernen sowie die Sauberkeitsgewöhnung zeigt ein einheitliches Bild. Ca. 1/5 der Patienten erlernten diese Fähigkeiten verzögert, in einigen Fällen gar nicht. Hier liegt sicher ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen psychisch-geistigen Störungen und der verzögerten motorischen Entwicklung vor.

Regelmäßig in den Kindergarten sind etwas mehr als 3o % der Patienten gegangen.

Von den ca. 700 schulpflichtigen Kindern sind ca. 170 nicht altersgemäß eingeschult worden, jedes sechste Kind ist mindestens einmal sitzen geblieben.

Schulschwierigkeiten wurden von der Hälfte der Patienten angegeben, von denen hierüber Angaben bestanden; darunter fallen auch Erziehungsschwierigkeiten. Unter Einbeziehung der Berufsschüler besuchten nur 17,5 % weiterführende Schulen.

Die Erhebungen über Berufsausbildung und Berufsschwierigkeiten waren wenig aufschlußreich.

Die verschiedenen Untersuchungen, denen die Patienten unterzogen wurden, differierten sehr stark in der Häufigkeit der Anwendung. Bei allen Kindern und Jugendlichen wurde ein neurologischer Befund erhoben, davon waren 15, pathologisch.
Am seltensten wurde eine cerebrale Angiographie angefertigt, nur bei jedem 9. Patienten. Den geringsten Anteil an pathologischen Befunden wies die Liquoruntersuchung mit 7,5 % auf; den höchsten Anteil an pathologischen Befunden zeigte die elektroencephalographische Untersuchung mit 66,3 %, gefolgt vom Pneumencephalogramm mit 55,5 % und der cerebralen Angiographie mit 49,9 %.

Psychologisch getestet wurden 599 (6o,2 %) der 995 Patienten. Dabei stellte sich heraus, daß etwa die Hälf der Getesteten einen IQ von unter 9o hatten. Ergänzt wur die IQ-Bestimmung nach HAWIK bzw. HAWIE teilweise durch

Tests nach RAVEN (11,2 %), BENTON (24,o %) und RORSCHACH (34,9 %). Am gebräuchlichsten war in dieser Klinik der RORSCHACH-Test, der bei 57,9 % der psychologisch untersuchten Patienten zusätzlich gemacht wurde. Der RAVEN-Test lag nur bei 111 der 599 Patienten vor.

Die größte Krankheitsgruppe unter allen Patienten bildeten die cerebralen Anfallsleiden, woran 264 (26,6 %) der 995 Kinder und Jugendlichen litten. Die zweitgrößte Gruppe bildeten die Oligophrenien (214 bzw. 21,5 %) der verschiedenen Grade, gefolgt von den Verhaltensgestörten mit 195 (19,6 %) Patienten.

In unserem Summendiagnosenschema ergab sich für die Gruppe der somatogen-cerebralen Erkrankungen eine Zahl von 548 (55,1 %) Fällen, an zweiter Stelle folgten in der Häufigkeit die psychogenen Erkrankungen mit 2o9 (21,o %) Fällen. Die restlichen 227 Patienten verteilten sich auf die vier weiteren Gruppen, wie Psychosen, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen aus anderen Fachgebieten und Gesunde, wobei jedoch die Zahl von 30 Psychosen bemerkenswert erscheint.

Dabei ist jedoch auf die Altersverteilung hinzuweisen, nur 7 Patienten waren unter 12 Jahre alt; diese Altersgrenze wird von WIECK für die kindliche Schizophrenie gesetzt.

In der von uns speziell untersuchten Gruppe der Oligophrenen, konnten wir beim Schwangerschaftsverlauf, Geburtsverlauf und Asphyxien post partum ein leichtes Ansteigen gegenüber der Gesamtheit der Patienten in der Größenordnung von 1 - 4 % in pathologische Bereich feststellen.

Bei der frühkindlichen Entwicklung wie Laufenlernen und Drei-Wort-Sätze-Sprechen stellte sich eine deutliche Erhöhung der verzögerten Entwicklung der Oligophrenen gegenüber allen Patienten heraus.
Wie zu erwarten war, zeigte die Gruppe der Oligophrenen starke Abweichungen bei den Erhebungen über das Einschulungsalter, Sitzenbleiben und Schulschwierigkeiten, obwohl 89 der 214 Patienten noch nicht schulpflichtig waren. Zurückgestellt, umgeschult usw. wurden ca. 1oo mehr Oligophrene als unsere Gesamtgruppe. Die Frage nach dem Sitzenbleiben und nach Schulschwierigkeiten wurde jeweils von 2o % bzw. 7 % verneint, gegenüber 5o und 28 % aller Patienten.

Bei 4o % der Oligophrenen lag ein pathologisches EEG-Kurvenbild vor.
Auffallend war das Verhältnis Mädchen : Jungen bei den Oligophrenen; es war fast genau 1 : 2.

Der IQ wurde bei 134 dieser Patientengruppe bestimmt. 33 % lagen dabei unter 6o Punkten und waren nach unserer Graduierung also oligophren 3. Grades (Idiotie).

Die Gruppe der Anfallskranken war mit 264 Fällen die zahlenmäßig größte. Auch bei ihnen überwogen die männlichen Patienten, mit 55 % gegenüber den weiblichen mit 45 %.

Von den Anfallskranken waren 97 unter 1o Jahre alt, 167 darüber.

In der gesamten prä-, peri- und postnatalen Entwicklung sowie der Kleinstkindentwicklung zeigten sie kaum Abweichungen vom Gesamtdurchschnitt. Entsprechend waren die Ergebnisse unserer Erhebungen über das Vorschul- und Schulalter.

Bestätigen konnten wir allerdings die Angabe von LUTZ, daß ca. 8o % der Epileptiker einen pathologischen EEG-Befund aufweisen. Wir ermittelten sogar einen Anteil von knapp über 9o %.
Intellektuelle Mängel bestanden bei dieser Gruppe in mehr als 5o % der Fälle, während LENNOX diese Zahl in seiner Untersuchung mit 33 % angibt.

Unter die psychogenen Erkrankungen konnten wir 195 Patienten einordnen; dabei blieben die Psychopathien mit 14 Fällen (1,4 %) unberücksichtigt.

Es lag ein Verhältnis von Mädchen zu Jungen von 2 : 3 vor. ZÜBLIN nennt ein Verhältnis von 1 : 2-3.

Ca. ein Drittel der Patienten waren unter 1o Jahre alt; zwei Drittel zwischen 1o und 18 Jahre. Die gesamte Familienanamnese zeigte kaum Unterschiede zum Durchschnitt aller Patienten.

Wesentlich änderte sich das bei den Fragen nach dem Einschulungsalter, Sitzenbleiben und Schulschwierigkeiten. Während von den Verhaltensgestörten prozentual mehr Kinder altersgemäß eingeschult worden waren, hatten über die Hälfte Schulschwierigkeiten.

Bei knapp 5o % der psychogen Erkrankten war das EEG verändert, davon waren jedoch ca. 9o % Dyssymmetrien und Allgemeinveränderungen.

Bei 152 Verhaltensgestörten wurde der IQ bestimmt. Knapp 25 % lagen unter einem IQ von 9o Punkten.

Als letzte Krankheitsgruppe, die wir getrennt untersucht haben, besprachen wir die Psychosen. Es waren 3o Fälle. 2o davon waren Schizophrenien, 6 affektive Psychosen un

klarer Differentialdiagnose und 2 Fälle Zyklothymien und 2 mit einem Autismus KANNER.

Von den 3o Patienten mit Psychosen waren je 15 Mädchen und 15 Jungen. Nur 7 der Patienten waren jünger als 12 Jahre. Beim Status der Kinder und Jugendlichen zeigte sich eine deutliche Erhöhung der Zahl derer, die nicht aus Normalehen stammten. Während diese Gruppe im Gesamtdurchschnitt ca. 16 % umfaßte, machte sie bei den Psychosen 27 % aus.
Sonst zeigte die gesamte Familien- und frühkindliche Anamnese keine Besonderheiten.

13 % der Zwangskranken wurden nicht altersgemäß eingeschult, über 1o % bestanden keine Angaben.
Schulschwierigkeiten gaben 1/4 dieser Patientengruppe an, 1/5 von ihnen war einmal sitzen geblieben.

Bei der elektroencephalographischen Untersuchung wurden bei 53,4 % pathologische Befunde erhoben im Sinne von Dyssymmetrien und Allgemeinveränderungen. In je 1 Fall konnte ein Seitenhinweis bzw. Krampfstrompotentiale festgestellt werden.

E. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden die anamnestischen und somatischen Befunde von 995 Patienten der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklini Homburg/Saar erfaßt. Als Auswertungsschema diente ein Glossar mit 51 Einzelfragen, die durch Untergruppen ergänzt worden waren. Ausgewertet wurden die Krankenblätter der Patienten. Die gewonnenen Daten wurden auf Lochkarten übertragen. Dies war möglich, weil die Erhebungsbogen lochkartengerecht angelegt worden waren. Mit Hilfe eines Computers wurden die Daten geordnet, ausgezählt und prozentual berechnet.

Nachdem ein Überblick über die Daten von sämtlichen Patienten gegeben wurde, werden die Ergebnisse der spez len Auswertung der Daten von 4 Patientengruppen aufgeführt. Dabei handelt es sich um Oligophrene, Verhaltens gestörte, Anfallskranke und Kinder und Jugendliche, die unter Psychosen litten.

Auf Korrelationen der Daten zwischen den verschiedenen Krankheitsgruppen wurde wegen der Ungenauigkeit der Angaben und des Fehlens von Vergleichsmaterial verzichtet

F. SCHRIFTTUMSVERZEICHNIS

1. AJMONE-MARSAN, C., K. ABRAHAM: Epilepsy. Prog.Neurol.Psychiat. 18, 244-267 (1963)

2. ASPERGER, H.: zit. in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Hans-Huber, 1967

3. BAMBERGER, Ph., A. MATTHES: Anfälle im Kindesalter. Basel: Karger 1959

4. BENDA, C.E.: Die Oligophrenien. in: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg. v. H.W. GRUHLE, R.JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 196o

5. BENDER, L.: zit. in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern: Hans Huber 1967

6. BENTON, A.L.: Der BENTON-Test. Göttingen: Hogrefe 1961

7. BONDY, C., R. COHEN, D. EGGERT, G. LÜER: Testpsychologische Untersuchungen an geistig behinderten (schwachsinnigen) Kindern. Hamburg: hektographiert, 1967

8. BROSER, F.: Die moderne Behandlung der verschiedenen Formen epileptischer Anfälle und anderer symptomatischer epileptischer Erkrankungen. Nervenarzt 37, 25-32 (1966)

9. BÜRGER-PRINZ, H.: in: WIECK, CH.: Schizophrenie im Kindesalter. Leipzig: Hirzel 1965

1o. CONRAD, K.: Beitrag zur Diagnosenstatistik. Die Aufnahmen der Homburger Klinik in den Jahren 1949-1955. Fortschr.Neurol. 24, Jahrg.5, 2/31-44.

11. DONY, M., u. H.M. MEYERHOFF: Sozialer Status und Reliabilität anamnestischer Angaben zum Geburtsgewicht. Monatsschr.f.Kinderheilk. (im Druck)

12. DOOSE, H.: Grundsätzliches zur Behandlung anfallskranker Kinder. Med.Welt 31, 1555-1558 (1961)

13. DOOSE, H.: Zerebrale Anfälle im Kindesalter (Desitin-Werk Carl Klinke Hamburg), Kiel 1967

14. DREYER, R.: Die Behandlung der Epilepsien. in: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg. v. H.W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER, Bd. 2, Berlin, Göttingen, Heidelberg; Springer 196o

15. DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verl.f.Med. Psychologie 1954

16. EITNER, S.: Zur Diagnosen-Statistik der psychiatrisch-neurologischen Klinikaufnahmen. Med. Dissertation, Marburg 194

17. EMMINGHAUS, H.: in: STUTTE, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. in: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg.: v. H.W. GRUHLE, R.JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER, Bd. 2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960

18. FANCONI, G.: zit. in: LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. Zürich, Stuttgart: Rotapfel 1961

19. FREUDENBERG, D.: Leistungs- und Verhaltensstörungen bei kindlichen Epilepsien. Basel, New York: Karger 1968

20. FÜNFGELD, E.W.: "Morbus Sacer". Ein Überblick vom Altertum bis zur Gegenwart. Med. Welt 17, 258-266 (1966)

21. FUNK, S.: Schul- und Berufsschicksal anfallskranker Kinder und Jugendlicher. Med. Diss. Homburg/Saar, 1968

22. GOERTZ, G.: Zur motorischen Leistungsfähigkeit der Hilfsschüler in der Unterstufe. Berlin: hektographiert, (Diss.) 1964

23. GOTTLIEB, R.: in: SCHNÜRIGER, V.: Elektroencephalographische Befunde bei organischem Psychosyndrom im Kindes- und Jugendalter. Acta paedopsychiat. 33, 118-144 (1966)

24. GRÜTZNER, A.: Zur Diagnostik und Behandlung der Epilepsie. Geigy, Basel, o.J.

25. HARNACK, G.A. v.: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Stuttgart: Thieme 1958

26. HOMBURGER, A.: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer 1926

27. JASPER, H.H.: in: SCHNÜRIGER, V.: Elektroencephalographische Befunde bei organischem Psychosyndrom im Kindes- und Jugendalter. Acta paedopsychiat. 33, 118-14 (1966)

28. KAISER, E.: in: ZÜBLIN, W.: Das schwierige Kind. Stuttgart: Thieme 1967

29. KANNER, L.: in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber 1967

3o. KANNER, L.: in: STUTTE, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. in: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg.: v. H.W. GRUHLE, R. JUNG W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Bd. 2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 196o

31. KESSLER, B.H.: Die Elternanamnese (Arbeit zur Diplomprüfung). Psychologische Institut der Universität des Saarlandes (1969)

32. KRETSCHMER, E.: in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber 1967

33. KURZREITER, J.: Die manuelle Geschicklichkeit der Sonderschüler. Erziehung und Unterricht. Beiblatt. Heilpädagogik 117, 18-23 (1967)

34. LANDOLT, H.: in: LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. Zürich, Stuttgart: Rotapfel 1961

35. LANGE-COSACK: in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber, 1967

36. LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber 1967

37. LEMPP, R., B. VOGEL: Untersuchungen zur kindlichen Schizophrenie. Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Acta paedopsychiat. 33, 322-331 (1966)

38. LENNOX: in: PACHE, H.-D.: Fragen der geistig-seelischen Entwicklung und schulischer Betreuung anfallskranker Kinder. Kongressbericht über Fragen der behinderten Kinder vom 8.-12. Juni 1964 in Köln. Stuttgart: Paracelsusverlag 1966

39. LÜER, G.: Zur Frage objektiver Trennung verschiedener Schwachsinnsformen bei Kindern mit psychologischen Tests. in: F.MERZ (Ed.), Bericht über den 25. Kongress der Dtsch.Ges. f.Psychologie. 15, 101-105 Göttingen: Hogrefe 1967

40. LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. Zürich, Stuttgart: Rotapfel 1961

41. MASLAND, R.L.: in: LUTZ, J.: Kinderpsychiatr Zürich, Stuttgart: Rotapfel 1961

42. MATTHES, A.: Epilepsie im Kindes- und Jugen alter: Anfallstypen und Verlaufsformen. Kongressbericht über Fragen de geistig behinderten Kinder vom 8.-12. Juni 1964 in Köln. Stuttgart: Paracelsusverlag 19

43. MEYER, H.-H., R. BÖTTINGER: Klinisch-statistischer Bericht über das Krankengut der Psychi trischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg 1946 - 1954. Arch.Psychiat.Nervenkr. 196, 4 (1957/58)

44. MEYERHOFF, H.M., u. M. DONY: Die Zuverlässigkeit anamnestischer Angaben zur frühkindlichen Entwicklung. Zeitschr. f.Kinderheilk. (im Druck)

45. MÜLLER, und TREIBER: in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber 1967

46. PRIESTER, H.J.: Die Standardisierung des Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK). Bern: Huber-Verlag 1958

47. PENIN, H.: Die moderne ambulante Behandlu der Epilepsien. Med.Klin. 6o, 392-396 (1965)

48. PREUSCHE, G., H.H. SAUERBREI: Erfahrungen und Ergebnisse bei der Betreuung krampfkranker Kinder. Münch.med.Wschr. 1o1, 1897-1899 (1959)

49. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 7. neubearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme 1966

5o. SCHNÜRIGER, V.: Elektroencephalographische Befunde bei organischem Psychosyndrom im Kindes- und Jugendalter. Acta paedopsychiat. 33, 118-144 (1966)

51. SCHOLZ-EHRSAM, E.: Zur Psychopathologie des Hilfsschulkindes. Berlin: Volk u. Gesundheit 1967

52. STOLLREITER, L.: Aktuelle Fragen der sozialen und beruflichen Eingliederung von Epileptikern. Ärztl.Mitt.(Köln) 6o, 142-147 (1963 a)

53. STOLLREITER, L.: Epilepsie als soziales Problem. Neue Aspekte fürsorglicher Aufgaben. Nachrichtendienst des Dtsch. Vereins f.öffentl.u.priv.Fürsorge II, 1-6 (1964 a)

54. STRUNK, P., u. B. V. FAUST: Frühkindlicher Hirnschaden und Omega-Stellung in der Familie. Praxis d.Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 17, 1-3 (1968)

55. STUTTE, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. in: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg. v. H.W. GRUHLE, R. JUNG, W.MAYER-GROSS, M. MÜLLER. Band 2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960

56. TRAMER, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4. Aufl. Basel, Stuttgart: Schwabe 1964

57. VILLINGER, W.: in: LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart: Huber 1967

58. WEGENER, H.: Beziehungen zwischen intellektueller und motorischer Begabung. in: H.THOMAE (Ed.): Bericht über den 22. Kongress der Dtsch. Ges. f.Psychologie. p. 232-234 Göttingen: Hogrefe 1960

59. WIECK, CH.: Schizophrenie im Kindesalter. Leipzig: Hirzel 1965

60. BOTTENBERG, E.H.: RORSCHACH-Test: Darstellung und testkritische Prüfung einer Modifikation. (Ro 30). Psychologie u. Praxis 11, 82-87 (1967)

61. ZÜBLIN, W.: Das schwierige Kind. Stuttgart: Thieme 1967.

62. MEYERHOFF, H.M.: Katamnestische Untersuchungen bei Enkopresis. in: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bd. 5, 71-76 (1967)

G. ANHANG

Glossar zu einem Erhebungsbogen, der lochkartengerecht angelegt wurde.
Es handelt sich um eine retrospektive Basisdokumentation, mi
der die Ambulanzkarten und Krankenblätter vom 1.1.1963 bis
31.12.1967 der Abteilung für Kinder und Jugendliche der
Universitäts-Nervenklinik Homburg-Saar ausgewertet werden.
Ab. 1.1.1968 ist eine lochkartengerechte Dokumentation der
Befunde in Gebrauch.
Auf die I-Zahl wurde für die Erhebung vor dem 1.1.1968 verz

Name (Klartext)

Geburtsdatum (Klartext)

Nr. d.Patienten

Geschlecht
- männl.
- weibl.

Alter z.Zt. d.1.Untersuchung

Wohnort der Eltern
- 1-5000 Einwohner
- 5000-20 000
- 20 000 - 100 000
- über 100 000
- keine Angabe

Kreise im Saarland
- Saarbrücken-Stadt
- Saarbrücken-Land
- Homburg
- Merzig-Wadern
- N-eunkirchen-Ottweiler
- Saarlouis
- St. Ingbert
- St. Wendel
- Rheinland-Pfalz
- andere deutsche Länder
- Ausland
- keine Angabe

Überweisende Stelle
- Hausarzt
- Nervenfacharzt
- Facharzt f.HNO bzw. Klinik
- Facharzt f.Kinder bzw. Klinik
- Facharzt f.Augen bzw. Klinik
- Facharzt f.andere Fächer
- andere Krankenhäuser
- Schule
- Staatl. Gesundheitsamt
- Jugend- oder Sozialamt
- Heim
- andere Stellen

Häufigkeit d.Untersuchung

Untersuchung abgebrochen
- nein
- ja

Mutter berufstätig
- nein
- ja
- keine Angabe

Beruf d.Vaters
- ohne Beruf od. keine Angabe
- Berufe ohne abgeschl. Lehre: Hilfsarb., Gelegenheitsarb., Anlernlinge usw.
- Mit abgeschlossener Lehre (Volksschule) Handwerker, Angestellter
- Mit Mittelschul- oder fortbildender Fachschulbildung, selbstdg. Handwertksmeister, selbstdg. Kaufleute, mittl. Angestellter
- Mit Abitur und/oder Hochschulbildung u. leitende Angestellte
- Rentner

Alter d.Vaters
- keine Angabe

Alter d.Mutter
- keine Angabe

Anzahl d.Geschwister
- keine Geschwister
- keine Angabe

Stellung d.Pat.innerh.d.Geschw.reihe
- keine Angabe

Schwangerschaftsverlauf
- ohne pathol. Befund,
- Blutungen od.droh.Abort
- Schwere Erkrankg.w.d.S.
- Gestose
- keine Angabe

Geburtsverlauf
- Geburt ohne Komplikationen
- Sectio
- Zangen- od.Vakuumextraktion
- n.op.geburtshilfl.Maßnahmen
- Lageanomalie
- sehr lang andauernde Geburt
- keine Angabe

Status d.Kindes
- Kind aus Normalehe
- unehel. Kind
- Adoptivkind
- Pflegekind
- Halbwaise ohne Vater
- Halbwaise ohne Mutter
- hat Stiefvater
- hat Stiefmutter
- Vollwaise
- Eltern geschieden
- keine Angabe

Geburtsgewicht in Gramm

weniger als 1000
1000 - 1500
1500 - 2000
2000 - 2500
2500 - 3000
3000 - 4000
4000 - 4500
mehr als 4500
keine Angabe

Laufen (Angaben in Monaten)

noch nicht (nicht pathol.)
1o - 13
14 - 17
18 - 21
22 - 25
26 - 29
3o - 33
34 - 37
keine Angabe

Sprechen (Angaben in Monaten)

noch nicht (nicht pathol.)
1o - 13
14 - 17
18 - 21
22 - 25
26 - 29
3o - 33
34 - 37
keine Angabe

Sauberkeit (Angaben in Monaten)

noch nicht sauber (pathol).
14 - 17
18 - 21
22 - 25
26 - 29
3o - 33
34 - 37
38 - 41
42 - 45
46 - 49
keine Angabe
noch nicht sauber (nicht pathol.)
wieder einnässen

Asphyxie post partum u.a. Kompl.

keine Komplikationen
bis zu 1 Stunde
mehr als 1 Stunde
ohne Zeitangabe
cerebrale Krämpfe

Ikterus aufgrund v.Rh-Unverträglichkeit
andere Ikteren
keine Angabe

Patient wuchs auf:

zu Hause
bei Verwandten
im Heim
keine Angabe

Kindergartenbesuch

nein
ja
keine Angabe

Einschulungsalter in die Volksschule

noch nicht schulpflichtig
altersgemäß eingeschult
zurückgestellt
mehrmals zurückgestellt
Einschulung i.d.Sonderschule
Umschulung i.d.Sonderschule
"Lebenshilfe"
keine Angabe

Sitzenbleiben

keine Angabe
entfällt
wie oft ?
nein

Schulschwierigkeiten od.Erziehungsschw.

entfällt
ja
nein
keine Angabe

Beruf d.Pat. oder Ausbildung

ohne Beruf od. keine Angabe
entfällt
Beruf od.Ausbildg.ohne abgeschl.
Lehre: Hilfsarb., Gelegenheitsarbeiter, Anlernlinge usw.
mit abgeschl. Lehre od i.d.Ausbildung (Volksschule) Hand-werker, kl. Angestellter

Berufsschwierigkeiten

entfällt
Stellungswechsel
Entlassung

Verlust d.Stelle wegen Krankheit
keine Schwierigkeiten
sonstige Berufsschwierigkeiten
keine Angabe

Weiterführende Schulen
entfällt
Mittelschule
Gymnasium
Abendschule
Berufsfachschule
Haushaltsschule
Handelsschule
keine Angabe

Neurologischer Befund
path. Hirnbef.nicht vorhanden
neurol.Seitenbefund ohne Parese
Paresen und Plegien
extrapyramidale Störungen
neurolog. Kombinationsbefunde
(Seitenhinweis, Paresen, extrapyramidale Störungen, Sensibilitätsstörungen, u.andere)

Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen
nicht durchgeführt
Schädel ohne path. Befund
Schädelmißbildungen
Asymmetrien
Hirndruckzeichen
intracerebrale Verkalkungen
Nebenhöhlenbefunde
Frakturen
Tumoren

Elektroencephalogramm
nicht durchgeführt
normal
Dysrhythmie u.Allgemeinveränd.
Seitenhinweis
Herd
Krampfstrompotentiale
Kombination path.Befunde

Echoencephalogramm
nicht durchgeführt
normal
pathologisch (Verschiebungen v.d.Mittellinie, Erweiterung der Ventrikel)

Szintigramm
nicht durchgeführt
keine Anreicherung
patholog.Anreicherung

Psychologischer Befund
nicht durchgeführt
untersucht

HAWIK (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder) oder
HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene)

nicht gemacht
IQ unter 6o
unter 7o
unter 8o
unter 9o
zwischen 91 und 11o
zwischen 111 und 12o
mehr als 12o
Differenz zw.Handlungs-IQ u.
Verbal-IQ größter als 1o Pkt.
Differenz kleiner als 1o Pkt.

RORSCHACH

gemacht bei
nicht gemacht bei

RAVEN

gemacht bei
nicht gemacht bei

BENTON

gemacht bei
nicht gemacht bei

Diagnose

Oligophrenien (Manifestation vor d.4. Geburtstag) ohne nachweisbare Ursache in Anamnese und Befund
Oligophrenien mit nachweisb.Ursache (cerebral-organisch-Stoffwechsel-hormonell bedingt) od. mit neurol. Befund
Oligophrenien mit organ.Grenzbefund

Cerebrale Anfallsleiden ohne nachgewiesene Ursache
Cerebrale Anfallsleiden mit org.Grenzbef.
Cerebrale A.mit nachgewiesener organischer Ursache
Demenzprozesse (Manifestationen nach d.4. Geburtstag) mit entzündlich od.anders bedingter Ursache
Demenzprozesse ohne nachgewiesene organ. Ursache
Commotio od. Contusio ohne psych. od. neurol. Ausfallserscheinungen
Commotio od.Contusio mit psych. od. neurol. Ausfallserscheinungen
Commotio u. Contusio mit organ. Grenzbefund.

Hirntumoren
passagere psychische Störungen (Delir usw) bei nachgewiesenen org. Ursachen im Sinne eines Durchgangssyndroms
Neurol. Erkrankungen ohne cerebrale Beteiligung
Neurol. Erkrankungen mit cerebraler Beteiligung in Anamnese od. Befund (ohne Oligophrenie oder Demenz)
Cephalgie
Sinnesdefekte
Retardierung u.Reifungsasynchronien (einschl. Sprachentwicklungsstörungen ohne Stottern) in statomot. u. mentaler Hinsicht ohne nachgewiesene Ursache
Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen ohne org. Befunde in Anamnese und Befund
Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen mit org. Befunden in Anamnese u.Befund
Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen ohne org. Grenzbefund in Anamnese und Befund
Schizophrenien
Zyklothymien
affektive Psychosen mit unklarer DD
Autismus Kanner
Psychopathien (Einschl.Autismus Asp.)
ungeklärte Fälle
gesund
andere Diagnosen

Zusammenfassung d.Diagnose

Somatogene cerebrale Erkrankungen
Psychogene Erkrankungen
Somatogen-cerebral-psychogene Erkrankungen
Neurologische Erkrankungen
Psychosen
ungeklärte Fälle - bzw. anderes
Gesund

Stationäre Aufnahme

nein
ja

Pneumencephalogramm (auch gesteuert)

nicht durchgeführt
o.B.
Grenzbefund
Erweiterung d.Ventrikel
Äußere Atrophie
Asymmetrie m.geringen Ventrikelerweiterungen
Tumorbefund
Kombination erhebl.path.Befunde

Cerebrale Angiographie (percutane Carotis- und Axillaris-angiographie)

nicht durchgeführt
o.B.
Grenzbefunde u. Varianten
Tumorzeichen
Angiome
Hydrocephale Zeichen

Liquor cerebrospinalis

nicht durchgeführt
normal
pathologischer Liquorbefund
(Erhöhung der Zellzahl, Gesamteiweiß und Kombinationsbefunde)

Diagnose: nach dem Diagnosenschema der Universitäts-Nervenklini Homburg/Saar

Diagnose: nach dem Schema der Weltgesundheits-Organisation

Diagnose: (in Klartext)

An dieser Stelle möchten wir uns bei Herrn Professor Dr.med. H.-H. MEYER für die Überlassung des Themas bedanken.

Unser besonderer Dank gilt auch Herrn Dr.med. H.M. MEYERHOFF, der uns in das Thema dieser Arbeit einführte und uns in vielerlei Hinsicht behiflich war.

Schließlich gilt unser Dank Herrn Diplom-Physiker MARTIN, der bei der Auswertung der Daten mit Hilfe eines Computers freundlicherweise die Programmierung übernommen hat.

LEBENSLAUF

Am 13. August 1943 wurde ich, Volker Meyer, als 3. Sohn des Maschinenoberingenieurs Emil Meyer und seiner Ehefrau Elisabeth in Langelsheim / Harz geboren.

Von 1950 - 1954 besuchte ich die Volksschule in Langelsheim und ging nach bestandener Aufnahmeprüfung auf das Ratsgymnasium in Goslar, wo ich im Frühjahr 1964 das Abitur bestand.

Im Sommersemester 1964 begann ich an der Universität des Saarlandes mein Medizinstudium.
1965 bestand ich das Vorphysikum und 1967 das Physikum.
Zur Zeit befinde ich mich im 5. klinischen Semester und beabsichtige, nach dem Sommersemester 1970 das medizinische Staatsexamen zu machen.

LEBENSLAUF

Am 18. Oktober 1943 wurde ich, Heidi Meyer, geb. Decker als Tochter des Schneidermeisters Friedrich Decker und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Zech, in Saarlouis geboren.

Von 1949 - 1953 besuchte ich die Volksschule in Saarlou Ab 1953 war ich Schülerin des Mädchenrealgymnasiums Saarlouis, wo ich 1963 die Reifeprüfung bestand.

Das Medizinstudium begann ich im Sommersemester 1963 a der Universität des Saarlandes. 1964 bestand ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung, 1966 die ärztliche Vorprüfung in Homburg/Saar. Dort legte ich 1969 das medizinische Staatsexamen ab.

Seit 1.1.197o arbeite ich als wissenschaftliche Assist tin am I. Anatomischen Institut der Universität des Saarlandes, in Homburg/Saar.